



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

DIAS Paul Luis

le 28 juin 2006

EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN MEDECINE GENERALE

Enquête réalisée auprès des médecins des bassins de
Longwy, Briey et Hayange

Examineurs de la thèse :

M. BARROCHE Gérard
M. KAMINSKY Pierre
M. BOUAZIZ Hervé
M. LOEUILLE Damien
M. LONCHAMP Philippe
M. FIGNON Laurent

Professeur
Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en Médecine
Docteur en Médecine

Président
Juge
Juge
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Émile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT

Gérard DEBRY - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Jean FLOQUET

Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES

Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY

Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET - Marie-Claire LAXENAIRE - Adrien DUPREZ - Paul VERT

Philippe CANTON - Bernard LEGRAS - Pierre MATHIEU - Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER - Gilbert THIBAUT

Michel WEBER - Gérard FIEVE - Daniel SCHMITT - Colette VIDAILHET - Alain BERTRAND - Hubert GÉRARD

Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Michel STRICKER - Daniel BURNEL - Michel VIDAILHET - Claude BURLET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD - Professeur Denis RELENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT



44 ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1 ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2 ème sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUI

4 ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45 ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2 ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3 ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46 ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2 ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET - Professeur Christophe PARIS

3 ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4 ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER - Professeur Éliane ALBUISSON

47 ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1 ère sous-section : (Hématologie; transfusion)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2 ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY - Professeur Didier PEIFFERT

3 ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4 ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48 ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1 ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2 ème sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY

3 ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4 ème sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49 ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1 ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2 ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3 ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4 ème sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5 ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRÉ

50 ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1 ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2 ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3 ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD

4 ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51 ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1 ère sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2 ème` sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3 ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX - Professeur Loïc MACE

4 ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52 ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1 ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2 ème sous-section : (Chirurgie digestive)

3 ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme) - Professeur Lue FRIMAT

4 ème sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT - Professeur Lue CORMIER

53 ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1 ère sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY - Professeur Abdelouahab BELLOU

2 ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54 ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1 ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

2 ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Pierre JOURNEAU

3 ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO - Professeur Bruno DEVAL

4 ème sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55 ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1 ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2 ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3 ème sous-section : (Chirurgie maxillo faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64 ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42 ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1 ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2 ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3 ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43 ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1 ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44 ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1 ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Bernard NAMOUR - Docteur Marc MERTEN

2 ème sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Docteur Christian BEYAERT
Docteur Bruno CHENUÉL

4 ème sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45 ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1 ère sous-section : (*Bactériologie - Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Véronique V ENARD

2 ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BLAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46 ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1 ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4 ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47 ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1 ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3 ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4 ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48 ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1 ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3 ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49 ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP
ET RÉÉDUCATION**

5 ème sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

**54 ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5 ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5 ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40 ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60 ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND 61 ème section,

61 ème section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK- Monsieur Walter BLONDEL

64 ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65 ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

6 ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON - Professeur Pierre MATHIEU

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Jean FLOQUET - Professeur Claude CHARDOT - Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain BERTRAND

Professeur Daniel BURNEL - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRASBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

**A notre maître et président de thèse, Monsieur le Professeur BARROCHE Gérard
Professeur de Neurologie**

Il a bien voulu accepter ce sujet.

Nous sommes heureux de lui exprimer notre gratitude pour son accueil chaleureux, son soutien et son enseignement.

A Monsieur le Professeur KAMINSKI Pierre
Professeur de médecine interne

Au cours de notre stage dans son service, nous avons apprécié son expérience et sa grande disponibilité.

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter de juger notre travail ; qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BOUAZIZ Hervé
Professeur d'Anesthésiologie

Nous avons été sensible à l'intérêt immédiat qu'il a manifesté pour notre travail.

Nous lui exprimons ici notre vive gratitude d'avoir accepté de participer à notre jury.

A Monsieur le Professeur LOEUILLE Damien
Professeur de rhumatologie

Nous lui sommes reconnaissant de sa participation à notre jury.

A Monsieur le Docteur LONCHAMP Philippe
Neurologue

Nous avons été sensible à son intérêt pour notre sujet.

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir accepté de participer à notre jury.

A Monsieur le Docteur Laurent FIGNON

Il a bien voulu inspirer et diriger ce travail.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer notre gratitude pour tout ce qu'il nous a appris, pour son accueil et pour son implication dans notre travail.

A nos maîtres de stages successifs

Qui, par leur enseignement, nous ont fait partager leur expérience.

A mes parents, à qui je dois tout.

A Anne Laure, pour son soutien et son amour.

A Clément, ce que j'ai fait de plus beau.

A notre (nos) enfant(s) futur(s).

A mes beaux parents, que je remercie pour ce qu'ils m'apportent et ce qu'ils sont.

A Isabelle, David et Emma.

A Anne Gaëlle, Jean François et Guillaume.

A toute ma famille.

A pépère, qui m'a montré les livres et bien d'autres choses, et à qui je dédie ce travail.
A la famille MAISON et à tante SIMONE.

A monsieur MARCHAL, qui me voyait médecin.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

SOMMAIRE

INTRODUCTION	17
CHAPITRE I : L’EVALUATION DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE	19
I. DEFINITIONS.....	20
II. RECOMMANDATIONS ET ETAT DES LIEUX	24
III. ENTRETIEN.....	27
IV. ECHELLES D’EVALUATION DE LA DOULEUR.....	29
V. EVALUATION DES MECANISMES	37
VI. EVALUATION DU RETENTISSEMENT	38
VII. L’EXAMEN CLINIQUE ET LE SUIVI	41
CHAPITRE II : METHODOLOGIE ET RESULTATS	43
I. DESCRIPTION DE L’ETUDE	44
II. OBJECTIFS DE L’ETUDE.....	44
III. ANALYSE DES RESULTATS	45
IV. RESULTATS	46
CHAPITRE III : DISCUSSION	70
I. INTERETS ET LIMITES DE L’ETUDE.....	71
II. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES UTILISENT-ILS LES ECHELLES D’EVALUATION ?.....	73
III. LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES TRAVAILLENT-ILS SEULS ?.....	75
IV. EXISTE-T-IL UNE DIFFERENCE DANS LES PRATIQUES ENTRE LES GROUPEs « MEDECINS FORMES » ET « MEDECINS NON FORMES » (DANS LE CADRE D’UNE FORMATION ORGANISEE) ?	80
V. LE TYPE ET LE NOMBRE DE PATIENTS EXAMINES MODIFIENT- ILS LES PRATIQUES CONCERNANT L’EVALUATION DE LA DOULEUR ?	81
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES	91
Index des figures	116
Table des matières	117

Introduction

La douleur a souvent été considérée comme utile, voire rédemptrice. Mais de nos jours, le fait d'avoir mal n'est plus accepté ni par le malade, ni par les soignants, ni par les autorités.

Ainsi, les pouvoirs publics ont élaboré des « plans de lutte contre la douleur » (1998-2002 et 2002-2005) et ont inscrit sa prise en charge parmi les cent objectifs de santé publique dans le rapport annexé au projet de loi de 2004.

Parallèlement, les équipes médicales ont développé des outils d'évaluation et des protocoles de prise en charge adaptés aux différents patients rencontrés : enfants, adultes jeunes, patients âgés, patients non communicants...

Dans sa forme chronique, la douleur perd sa fonction biologique de signal d'alarme : elle est destructrice, dévastatrice, tant sur le plan physique que psychologique et social.

Sa prévalence représenterait entre 25 et 40 % de la population et 35,5 % dans les pays industrialisés, selon la revue de littérature HARTSTALL publiée en 2003. Par ailleurs, l'étude de CROOK (1984), reprise par SEBAG-LANOE (2003), parle d'une prévalence croissante de la douleur chez les hommes et chez les femmes âgés (25 % chez les personnes de plus de 60 ans, 40 % chez celles de plus de 80 ans).

En 1999, l'ANAES publie un texte de recommandations concernant la prise en charge de la douleur chronique en médecine ambulatoire. Ce texte met en avant l'évaluation et le suivi de cette douleur en précisant un schéma « idéal » d'évaluation bien codifié. Il souligne l'importance de l'utilisation d'échelles validées, de la prise en charge pluridisciplinaire et d'une évaluation globale du patient à l'aide d'une grille d'entretien semi-structuré.

En milieu hospitalier, la prise en charge des patients douloureux s'améliore d'années en années (meilleur dépistage et meilleure évaluation de la douleur par l'utilisation d'outils adaptés, mise en place de protocoles thérapeutiques, développement de consultations spécialisées, etc.).

Mais qu'en est-il en ville ?

Le peu d'études sur le sujet, en médecine générale, ne permet pas d'avoir une image de l'évolution des pratiques ambulatoires depuis la parution de ces recommandations et nous a incité à mener une enquête pour observer ce qui est réellement fait :

- Les échelles de l'évaluation de la douleur sont-elles utilisées ?
- Les résultats de l'évaluation figurent-ils dans le dossier du patient ?
- Avec qui travaille le médecin traitant ?
- Quels facteurs modifient la prise en charge de la douleur chronique ?

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous ferons le point, dans un premier temps, sur l'aspect théorique en précisant quelques définitions, les principes de l'évaluation de la douleur, les différentes échelles utilisées et les outils d'évaluation du retentissement.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à ce qui est pratiqué dans les bassins géographiques étudiés et présenterons l'enquête réalisée et ses résultats.

Enfin, nous envisagerons les problèmes posés et les perspectives.

Chapitre I :

L'évaluation du patient douloureux chronique

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié en février 1999 un texte de recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (2), texte largement diffusé auprès des médecins généralistes.

Ce groupe de travail a retenu comme validés certains outils, dès lors qu'ils répondaient aux trois qualités métrologiques de validité, de fidélité et de sensibilité au changement.

De ces recommandations découlent des principes et des instruments qui seront développés dans ce chapitre: l'entretien, l'évaluation de l'intensité de la douleur, l'évaluation des mécanismes, l'évaluation du retentissement et l'examen clinique.

Mais dans un premier temps, il peut être utile de proposer quelques rappels.

I. DEFINITIONS.

A. LA DOULEUR CHRONIQUE.

La douleur chronique est définie par l'*International Association for the Study of Pain* comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne (définition, recommandations ANAES 2001).

Certains auteurs préfèrent la définir comme une douleur rebelle à un traitement symptomatique et étiologique bien conduit, quelle qu'en soit la durée

Pour d'autres encore, comme l'*American Society of Anesthesiologists*, elle est une douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.

On voit à l'aide de ces définitions que la douleur chronique qui, au départ, était fondée sur sa durée d'évolution, sous-entend d'autres dimensions. Le terme de « chronique » fait aussi

référence à la notion de douleur destructrice, inutile, ayant perdu son rôle d'alerte initiale, avec des répercussions multiples sur le vécu de l'individu : elle est alors considérée comme une maladie à part entière.

Les étiologies des douleurs chroniques sont nombreuses.

Il peut s'agir de causes rhumatologiques (arthrites, arthrose, lombalgies...), neurologiques (polynévrites, sclérose en plaques, suites d'accident vasculaire cérébral...), de douleurs viscérales (colon spastique, vulvodynie...), de douleurs liées à des phénomènes complexes comme les migraines ou les fibromyalgies, etc.

Dans tous les cas, il est possible de scinder la douleur en quatre composantes :

- **la composante sensori-discriminative** correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception ; ils assurent la détection du stimulus nociceptif et l'analyse de ses caractères qualitatifs temporo-spatiaux.

- **la composante affectivo-émotionnelle** exprime la tonalité désagréable, agressive, pénible et difficilement supportable de la douleur. Elle est influencée par l'étiologie de la douleur elle-même (quand elle est connue) mais aussi par son contexte. Ainsi, la maladie, sa signification et son évolution incertaine sont autant de paramètres venant moduler le vécu douloureux. Cette composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels voisins comme la dépression et l'anxiété ce qui explique qu'il faut systématiquement évaluer.

- **la composante cognitive** se réfère à un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales qu'elle détermine : les phénomènes d'attention et de diversion de l'attention, de signification et d'interprétation de la situation présente, de référence à des expériences passées vécues ou observées et de décision quant au comportement à adopter.

Une étude de BEECHER de 1959 a permis de souligner l'influence de la signification accordée à la maladie. En étudiant deux groupes de blessés militaires et civils qui présentaient des lésions identiques, il a observé que les militaires réclamaient moins d'analgésiques que les civils. L'explication principale de cette différence serait que le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes dans les deux groupes : positives pour les militaires (vie sauve, fin des combats, considération du milieu social), négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale).

- **la composante comportementale** regroupe toutes les manifestations observables : verbales (gémissements, plaintes...), motrices (postures antalgiques, mimiques, immobilité, agitation...). Ces signes observés, réactionnels à la douleur perçue, interviennent dans la communication avec l'entourage et constituent autant d'indices de l'importance de la douleur.

Ce modèle pluridimensionnel de la douleur est résumé dans la figure 1 page suivante.

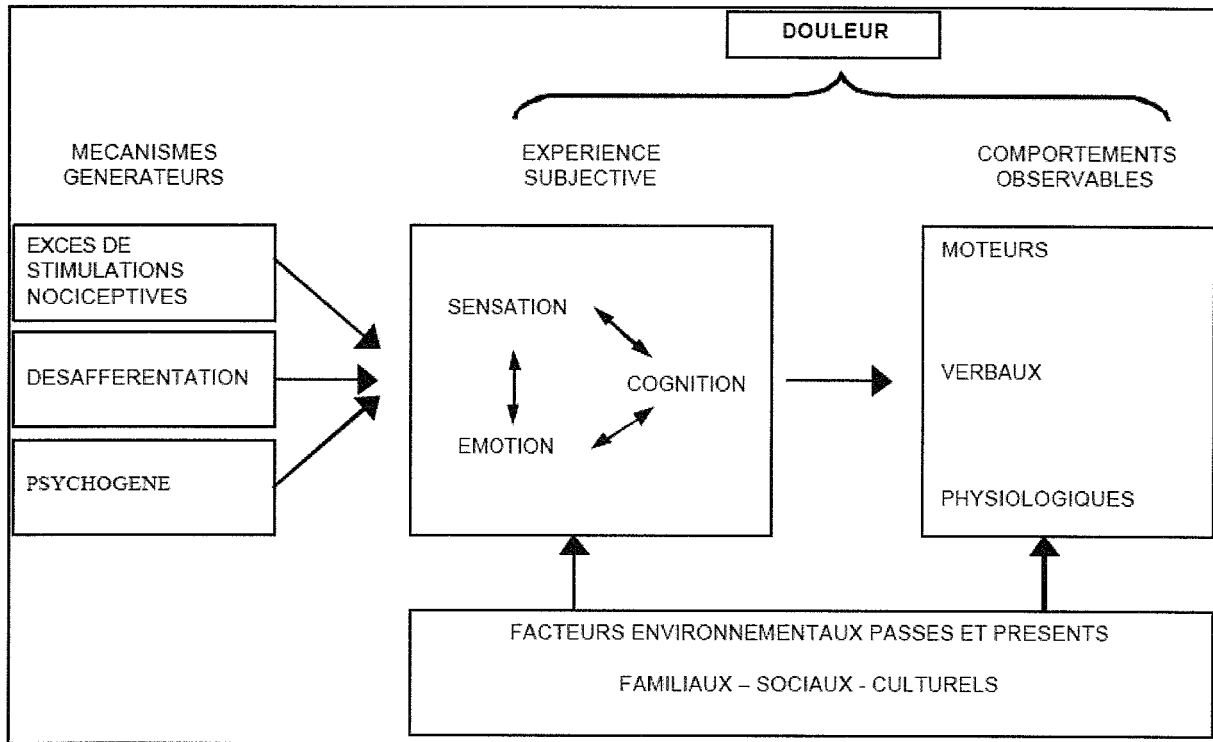


Figure 1 : modèle pluridimensionnel de la douleur.

B. LA SOUFFRANCE.

Il convient de ne pas confondre douleur et souffrance : ce sont deux entités bien distinctes.

La souffrance regroupe l'ensemble des réactions engendrées par la douleur ; elle résulte de phénomènes physiques, moraux et psychologiques dans lesquels l'angoisse et les expériences douloureuses antérieures tiennent une place importante.

La souffrance dépend donc fortement de l'individu, du contexte et de la signification de la douleur.

C. LE CONCEPT DE DOULEUR TOTALE.

En 1964, Cecily SAUNDERS a défini le concept de douleur totale, ou « total pain », comme un ensemble de composantes : physiques, psychologiques, spirituelles et sociales. On ne sépare plus la douleur de son retentissement et l'on considère que ces composantes, non seulement coexistent, mais aussi et surtout, interagissent entre elles.

On ne peut donc espérer une détente psychique sans un soulagement physique.

De même, la chronicité d'une douleur et la prévision (par le patient) de sa continuité conduisent à l'anxiété, à la dépression et à l'insomnie qui, en retour, accentuent les composantes physiques de la douleur.

D. LE SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE.

Le syndrome douloureux chronique (d'origine non maligne) a été défini (9) comme une douleur persistante pouvant concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes :

- une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, au plan social et professionnel ;
- une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives ;
- un trouble de l'humeur ;
- de la colère et de l'hostilité significative.

Alors que la douleur aiguë est parfois (souvent) utile, dans le syndrome douloureux chronique, la douleur devient néfaste, tant sur le plan physique que psychologique et social.

Le tableau suivant récapitule les différents points qui distinguent ces deux types de douleurs.

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (syndrome)
Finalité biologique	Utile protectrice signal d'alarme	Inutile destructrice maladie à part entière
Mécanisme générateur	Uni factoriel	Plurifactoriel
Manifestations somato-végétatives	Réactionnelles	Habitude ou entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Modèle de compréhension	médical classique	Pluridimensionnelle « somato-psycho-social »

Figure 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (9).

E. LES PARTICULARITES DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE.

Chez le sujet âgé, la douleur physique se traduit par des modifications comportementales parfois atypiques et peu spécifiques (anorexie, confusion, mutisme...), ce qui rend le diagnostic difficile.

Les conséquences de cette douleur, surtout quand elle est durable, sont importantes : anxiété, dépression, régression, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de la marche, chutes, perte d'autonomie, tous signes qui concourent à une altération des liens sociaux.

La douleur est très vite responsable, chez la personne âgée d'un handicap et ce d'autant plus lorsqu'il existe une polypathologie, une polymédication ou un isolement socio-familial associés.

Certaines pathologies avec des troubles sensoriels, de la mémoire, du langage, des fonctions intellectuelles peuvent empêcher l'expression verbale de la douleur.

D'autre part, il est encore courant de considérer comme normale la douleur associée à certaines pathologies dont la prévalence augmente avec l'âge (arthrose...).

Ces caractéristiques, parmi d'autres, favorisent un sous-diagnostic de la douleur et compliquent son suivi.

II. RECOMMANDATIONS ET ETAT DES LIEUX.

A. EXTRAITS DU TEXTE DE RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'EVALUATION ET LE SUIVI DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ANAES (1999).

« Chaque professionnel de santé doit s'approprier les outils proposés, en comprendre les avantages et les limites, les adapter à sa pratique quotidienne. Ils ne sont qu'un outil dans une évaluation plus exhaustive, habituellement consommatrice de temps et qui nécessite un climat relationnel de qualité et la disponibilité du praticien.

ÉVALUATION ET SUIVI.

1. L'évaluation initiale du malade douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur plusieurs consultations.

2. L'évaluation du malade douloureux chronique implique un bilan étiologique avec un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.

3. Les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien avec le malade douloureux chronique sont indiqués dans la grille d'entretien semi-structuré (...).

4. Parmi les outils de base de l'évaluation du malade douloureux chronique on retient :

- un schéma donnant la topographie des zones douloureuses ;*
- une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS) ;*
- une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur ;*
- une évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale : HAD) ;*
- une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement.*

En complément de ces outils de base, il en existe d'autres qui n'ont pas été retenus dans l'évaluation de base et qui peuvent permettre de compléter l'évaluation pour préciser l'adaptation psychologique du malade.

5. Comme tout instrument d'autoévaluation, les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils doivent au préalable avoir été expliqués par le médecin. Leur utilisation se situe donc après un entretien clinique. Ils sont complémentaires de la consultation avec le patient et ne doivent pas s'y substituer.

6. Le schéma des zones douloureuses est utile pour faire figurer la topographie de la douleur

dans le dossier du malade.

7. Intensité de la douleur :

- l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique et l'échelle verbale simple ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents ;*
- l'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle numérique et échelle verbale simple) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique ;*
- il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire ;*
- les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi. Les scores ne permettent pas de faire des comparaisons inter-individuelles.*

8. Les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées. Leur longueur les rend difficilement applicables en médecine ambulatoire. Les scores donnent une indication de l'importance de la douleur. Le vocabulaire de la douleur possède également une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes), et apprécier le retentissement affectif de la douleur. Les versions courtes ne sont pas actuellement validées. L'expérience des utilisateurs indique qu'elles peuvent apporter des informations utiles, notamment le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine (QDSA) abrégé.

9. L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne. La version française de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) est validée. Les scores au-delà des valeurs seuils permettent de parler de symptomatologie anxieuse et/ou dépressive.

10. L'évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien est importante en pratique quotidienne. Il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement. Le groupe propose d'utiliser une partie du questionnaire concis sur les douleurs (QCD) (...) pour évaluer ce retentissement. Chaque item doit alors être coté et considéré comme une information séparée. En l'absence de validation, il n'est pas légitime d'additionner les scores pour effectuer un score global.

11. À l'issue de cette évaluation comportant notamment un entretien (grille d'entretien semi-structuré) et des échelles d'évaluation, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux. Ces informations, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire plus ou moins structuré, ou l'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur.

12. Les malades douloureux chroniques doivent être réévalués périodiquement. Il n'a pas été identifié d'étude permettant de déterminer la fréquence des réévaluations ; elle est laissée au jugement du clinicien et est fonction des objectifs fixés avec le patient.

L'ensemble des instruments proposés lors de l'évaluation initiale peut être proposé pour le suivi. Les évaluations -l'initiale et les successives (conservées dans le dossier)-, servent de

points de comparaison.

13. Les échelles d'évaluation du soulagement de la douleur (échelle visuelle analogique, échelle verbale simple ou échelle numérique) sont utiles pour le suivi. »

B. LES MOYENS MIS EN OEUVRE POUR L'EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE.

Depuis 1998, un programme visant à une meilleure prise en charge de la douleur a été mis en place par les gouvernements successifs en France. Il s'articule autour de trois axes :

- la prise en compte de la demande du patient ;
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ;
- l'information et la formation des professionnels de santé.

C'est ainsi que se sont développées :

- **l'information des usagers** avec la mise à disposition d'une brochure : « la douleur n'est pas une fatalité » pour tous les patients hospitalisés, puis du « contrat d'engagement contre la douleur » relayés par des campagnes télévisées ;

- **des structures de prise en charge de la douleur chronique** : la liste de ces structures est consultable sur minitel et internet ; il en existe plus de cent à ce jour ;

- **des recommandations labellisées** : des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la douleur ont été publiées par l'ANAES ; l'INSERM a organisé une conférence d'experts sur la migraine, etc. ;

- **la formation initiale des médecins** : elle a été renforcée avec un module obligatoire sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs dans le programme du deuxième cycle des études médicales ;

- **l'offre de formation continue sur le thème de la douleur** : elle a été multipliée par trois ; de nombreux diplômes universitaires et dix-sept capacités d'évaluation et de traitement de la douleur ont été créés ;

- **la distribution de supports aux professionnels de santé** : un million de réglettes EVA a été mis à la disposition des professionnels de santé et le mémento « la douleur en questions » a été largement diffusé auprès des médecins en 2004.

C. LES LIMITES RECONNUES PAR LES AUTORITES (24).

L'évaluation des mesures mises en place ces quatre dernières années est en cours.

Les résultats de cette évaluation, disponibles courant 2006, permettront de mieux apprécier la mise en oeuvre et l'impact de la politique nationale sur la prise en charge de la douleur.

Toutefois, quelques études ont d'ores et déjà montré que des progrès restaient à faire et quatre priorités ont été définies dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables, notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients ;
- améliorer les modalités de traitements pour assurer une prise en charge de meilleure qualité ;
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

III. ENTRETIEN.

La consultation avec le patient douloureux chronique est un acte médical, et comme tel, comporte généralement un interrogatoire qui peut s'inspirer des recommandations de l'ANAES en 1999 ; on parle alors « d'entretien semi-structuré » (Cf. Figure 3 page suivante). Cette étape fondamentale permet au patient d'exprimer librement sa problématique tout en assurant le recueil le plus exhaustif possible des informations indispensables à la suite de la prise en charge.

Durant l'entretien, il faut croire à la douleur et au handicap tels qu'ils sont décrits sans mettre en doute la réalité de la souffrance du patient, même si l'on observe souvent des disproportions entre le handicap physique et le type étiologique de la douleur rapportée.

Il faut garder à l'esprit que le patient atteint de douleur rebelle et persistante a souvent une longue histoire de consultations, d'examen et de traitements à relater.

Ancienneté de la douleur	
Mode de début	Circonstances exactes (maladie, traumatisme, Accident de travail) Description de la douleur initiale Modalités de prise en charge immédiate Événement de vie concomitants Diagnostic initial, explications données Retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacité fonctionnelle et professionnelle)
Profil évolutif du syndrome douloureux	Comment s'est installé l'état douloureux Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente) Degré du retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil, incapacité fonctionnelle et professionnelle)
Traitements effectués et actuels	Traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels Modes d'administration des médicaments, doses durées Effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandons Attitude vis à vis des traitements
Antécédents et pathologies associées	Familiaux Personnels (médicaux, obstétricaux et psychiatriques) et évolutivité Expériences douloureuses antérieures
Description de la douleur actuelle	Topographie Type de sensation (brûlure, décharge électrique) Intensité Retentissement(anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacité fonctionnelle et professionnelle) Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur
Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences	Situation familiale Situation sociale Statut professionnel et satisfaction au travail Indemnisations perçues, attendues ; implications financières Procédures
Facteurs cognitifs	Représentation de la maladie Interprétation des avis médicaux
Facteurs comportementaux	Attitude vis à vis de la maladie Modalités de prise des médicaments Observance des prescriptions
Analyse de la demande	Attente du patient (faisabilité, formulation) Objectifs partagés entre le patient et le médecin

Figure 3 : grille d'entretien semi-structuré.

IV. ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR.

L'évaluation de la douleur est réalisée grâce aux échelles décrites ultérieurement, dans les limites de leurs attributions.

Il est recommandé d'évaluer de façon **systématique** et à **chaque consultation** l'intensité de la douleur.

A. L'INTERET DES ECHELLES D'EVALUATION.

Le besoin d'une évaluation la plus efficace possible de la douleur chronique est dicté par les quatre notions suivantes :

- la **prévalence de la douleur chronique dans la population générale** :

Il est utile de rappeler certaines données épidémiologiques simples pour prendre conscience de la fréquence de la douleur chronique dans la population générale.

Selon les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2000 (22), elle touche 16 % de la population de plus de douze ans : 14 % d'hommes et 18 % de femmes (en précisant que lorsqu'on neutralise l'âge, le revenu et le niveau scolaire, les femmes ne sont pas plus à risque que les hommes face à la douleur chronique).

Cette étude a montré que la prévalence de la douleur chronique augmentait avec l'âge chez les deux sexes.

Pour d'autres auteurs (14), on peut estimer la prévalence moyenne de la douleur chronique dans les pays industrialisés à 35,5 % de la population.

- la **complexité de la douleur chronique et ses retentissements** :

Elle tient à l'existence d'une grande variabilité inter et intra-individuelle, à l'absence de marqueurs biologiques, ainsi qu'aux conséquences psychologiques engendrées par cette douleur.

Elle tient aussi aux spécificités de certaines sous-populations, comme les personnes âgées qui représentent une part toujours plus grande de la population des pays riches : l'espérance de vie ayant doublé en un siècle, la part des sujets de plus de 65 ans est estimée à plus de 15 % de la population (15).

Pour ces patients, une prise en charge rapide de la douleur peut éviter toute une série de complications (troubles de la marche, chutes, grabatisation ou complications de décubitus).

- l'**intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire** :

Le patient est susceptible d'exprimer sa plainte douloureuse différemment selon les soignants. En effet, la fonction de l'évaluateur peut influencer sur le contenu et la précision des informations données par le malade : dans ce cas, l'utilisation d'outils communs facilite la communication.

- le **besoin de réaliser un suivi sur le long terme** :

L'utilisation d'échelles facilite la répétition et la comparaison des mesures. Dans

le cadre d'une douleur chronique, différentes répercussions (anxiété, dépression...) doivent pouvoir être diagnostiquées et traitées au plus vite.

B. LA VALIDITE DE CES ECHELLES.

Pour valider une échelle d'évaluation de la douleur, il faut étudier l'ensemble de ses caractéristiques métrologiques¹ :

- **la sensibilité au changement** mesure la capacité de discriminer des variations de niveaux douloureux. Une grande sensibilité permet d'apprécier la variation de la douleur dans le temps ou sous l'action d'un traitement ;
- **la reproductibilité** évalue la corrélation entre les scores obtenus chez un même patient à un temps T et un temps T + 4 h ;
- **la validité de contenu** évalue ce que mesure effectivement cette échelle ;
- **la validité de construction** représente l'ensemble des composantes de la douleur qui doivent être mesurées et sera déduite de la concordance avec d'autres échelles ;
- **la validité d'apparence**, ou validité perçue, apprécie la perception qu'en ont le patient et le collecteur (facilité de compréhension ou d'utilisation) ;
- **la validité concurrente**, ou de concordance, compare cette échelle à celles utilisées pour mesurer le même paramètre et en particulier celles répondant au consensus de mesure en vigueur (*gold standard*).

En résumé, l'outil employé doit être adapté aux possibilités du patient et du soignant et doit répondre à différents critères (et l'avoir prouvé) :

- pertinence, spécificité, cohérence ;
- fiabilité, exactitude, objectivité, afin d'éviter des biais, des manipulations douteuses, ou des envahissements émotionnels (patient et soignant) ;
- simplicité, facilité, clarté ;
- être connu de tous et reproductible.

C. LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION.

Deux notions sont indispensables pour une bonne évaluation de la douleur chronique:

- la douleur est une expérience individuelle : chaque patient est seul juge du vécu de celle-ci ;
- il faut être à l'écoute du patient.

Il convient donc de privilégier l'auto-évaluation de la douleur à l'hétéro-évaluation.

¹ Du grec *logos* (science) et *metron* (mesure). La métrologie est la science des poids et des mesures.

1. Définition.

Les échelles d'auto-évaluation invitent le patient à formuler lui-même les caractéristiques de sa douleur au moment de l'entretien. Elles font appel soit à des nombres, soit à du vocabulaire.

Elles se divisent en deux grandes catégories : les échelles dites « unidimensionnelles » et les échelles dites « multidimensionnelles ».

2. Les échelles unidimensionnelles.

a) Définition :

Ces échelles explorent une seule dimension de la douleur : son intensité.

Elles ont l'avantage d'être faciles et rapides à mettre en œuvre par leur simplicité de compréhension pour le soignant et le patient.

Elles permettent d'apprécier l'efficacité des traitements antalgiques par une étude de la cinétique des scores de la douleur, tout au long de la prise en charge du patient.

b) L'échelle verbale simple (EVS) :

L'échelle verbale simple est fondée sur le choix d'un adjectif pour définir l'intensité de la douleur. Un score correspond à chaque adjectif. Il en existe de légères variantes (Cf. annexe 1.2).

Echelle verbale simple

0 : pas de douleur

1 : douleur légère

2 : douleur moyenne

3 : douleur forte

4 : douleur très forte

C'est une échelle facilement compréhensible, fréquemment utilisée en gériatrie et chez les personnes ayant une capacité d'abstraction diminuée.

Elle est par contre moins sensible que l'EVA.

Cette échelle a été validée contre critère de référence (2).

c) L'échelle verbale relative (EVR) :

L'échelle verbale relative permet, grâce à des mots simples, d'évaluer l'intensité de la douleur d'un patient à un moment donné relativement à une douleur antérieure.

Echelle verbale relative :

- 0 : j'ai beaucoup plus mal**
- 1 : j'ai plus mal**
- 2 : j'ai aussi mal**
- 3 : j'ai moins mal**
- 4 : j'ai beaucoup moins mal**

En pratique, elle mesure souvent le soulagement d'une douleur.

Son utilisation est difficile en cas de troubles de la mémoire (par exemple, chez la personne âgée).

d) L'échelle visuelle analogique (EVA) :

L'EVA se présente sous la forme d'une ligne horizontale de cent millimètres, orientée de gauche à droite.

L'extrémité gauche de la ligne est définie par "douleur absente" ou "pas de douleur", et l'extrémité droite par "douleur maximale imaginable".

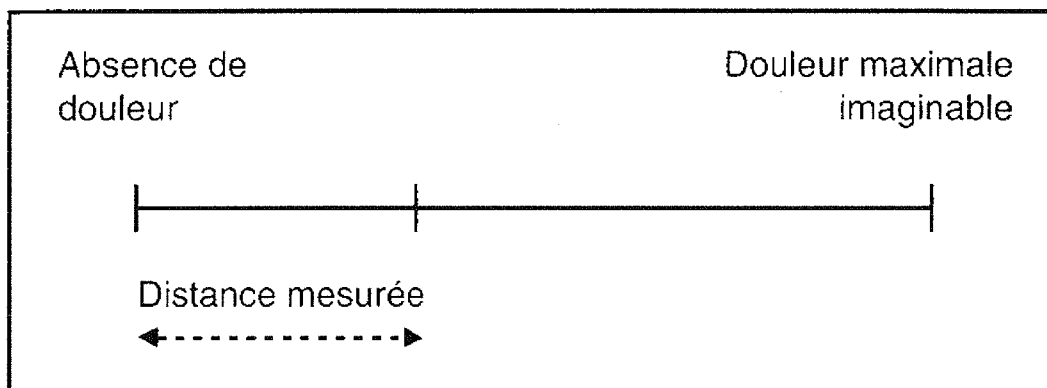


Figure 4 : EVA ou Echelle Visuelle Analogique.

Le patient répond en traçant une croix sur la ligne, entre les deux extrémités.

On mesure ensuite, en millimètres, la distance séparant la position du trait et l'extrémité "douleur absente".

Cette échelle a été validée dans sa présentation horizontale et doit donc être utilisée de cette

manière (d'autres formes existent cependant dont certaines figurent en annexe 1.3).

Le fait de la présenter sous forme écrite ou de réglette à curseur amovible ne paraît pas avoir d'importance.

L'EVA est fiable à condition qu'au niveau des extrémités se trouve un qualificatif d'intensité et non un autre qualificatif (intolérable, insupportable...).

Elle se prête parfaitement à la réalisation d'une cinétique des scores et permet l'évaluation de l'efficacité du traitement (par des mesures avant et après administration de celui-ci).

Ses limites sont surtout marquées par une diminution de la sensibilité en milieu de segment (notion d'agglutination des réponses) et aux extrémités (où une hétérogénéité de vocabulaire existe) et par l'influence que peut avoir l'état mental (syndrome dépressif par exemple) sur les réponses données par le patient (comme dans toute échelle unidimensionnelle).

Il existe un taux de 10-15 % (données ANAES 1999) (et jusqu'à 30 % de personnes âgées) de patients incapables de définir l'intensité de cette douleur grâce à cet instrument (enfants, personnes âgées, patients ayant des capacités d'attention ou d'abstraction restreintes...).

D'autre part, l'utilisation des réglottes nécessite une lecture du score ; il y a donc une possibilité d'erreur de lecture.

Cette échelle a été validée contre critère de référence (2).

e) Les échelles verbales numériques (EVN) :

Il s'agit d'échelles où le patient cote l'intensité de la douleur entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur la plus intense qu'il puisse envisager), parfois 100 (pour certaines variantes).

Les échelles à 101 niveaux n'apportent pas plus d'information que celles à 11 (2).

Cette échelle a l'avantage d'être facile à comprendre ; de plus, elle ne nécessite aucun matériel pour être mise en œuvre.

Elle a été validée contre critère de référence (2).

Pour la pratique, on retiendra de ces échelles unidimensionnelles :

- elles aident à identifier le malade nécessitant un traitement de la douleur ;
- elles facilitent le suivi du patient ;
- elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ;
- elles ne peuvent pas servir à comparer deux patients ;
- elles ont une implication limitée pour la décision thérapeutique.

3. Les échelles multidimensionnelles.

a) Définition :

Ces échelles sont basées sur des questionnaires d'adjectifs qui analysent plus particulièrement les composantes sensorielles et émotionnelles et permettent aussi de mesurer l'efficacité de la

thérapeutique sur chacune d'elles.

Les questionnaires, comprenant plusieurs rubriques subdivisées en catégories, sont plus complexes à manipuler et sont essentiellement utilisés pour évaluer une douleur chronique.

Reposant sur le langage, ce type de questionnaires demande une bonne coopération du patient. Il n'est donc pas indiqué en cas de douleur intense, d'extrême fatigue, ou chez des patients de niveau socioculturel trop bas ou dont la langue du questionnaire n'est pas la langue maternelle.

b) Le Mac Gill Pain Questionnaire :

MELZACK et WALL ont élaboré un questionnaire en langue anglaise, le Mac Gill Pain Questionnaire (MPQ), constitué d'une liste de qualificatifs répartis comme suit :

- **une classe « sensorielle »** comprenant dix sous-classes décrivant par exemple les aspects « temporel », « spatial », « thermique », « mécanique »...
- **une classe « affective »** regroupant cinq sous-classes se rapportant notamment aux aspects « tension », « peur », « réactions végétatives »...
- **une classe « évaluative »** se limitant à la seule « intensité » ;
- **une classe « qualitative »**.

Le patient choisit dans chaque sous-classe le qualificatif le plus approprié à sa douleur. Dans la présentation originale du MPQ, les qualificatifs sont lus au patient et au besoin commentés par l'observateur.

Il n'a pas été retrouvé de validation contre critère dans la littérature.

c) Le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA) :

L'adaptation d'une version française du MPQ a soulevé un certain nombre de difficultés méthodologiques.

Une simple traduction peut difficilement rendre compte des nuances sémantiques du questionnaire, c'est pourquoi le QDSA est une adaptation française du MPQ, réalisée en utilisant une méthodologie similaire à celle du MPQ.

(Cf. Figure5 page suivante).

**Le QDSA (Questionnaire Douleur Saint Antoine), dérivé du Mc Gill Pain Questionnaire
(MELZAC, 1975).**

A	Battements.....	☐	☐	J	Fatigante	☐	☐
	Pulsations.....	☐	☐		Enervante.....	☐	☐
	Elancements	☐	☐		Ereintante.....	☐	☐
	En éclairs.....	☐	☐	K	Nauséuse	☐	☐
	Décharges électriques.....	☐	☐		Suffocante.....	☐	☐
	Coups de marteau.....	☐	☐		Syncopale.....	☐	☐
B	Rayonnante	☐	☐	L	Inquiétante	☐	☐
	Irradiante.....	☐	☐		Oppressante	☐	☐
C	Piqûre.....	☐	☐		Angoissante	☐	☐
	Coupure.....	☐	☐	M	Harcelante.....	☐	☐
	Pénétrante.....	☐	☐		Obsédante	☐	☐
	Transperçante.....	☐	☐		Cruelle	☐	☐
	Coups de poignard	☐	☐		Torturante	☐	☐
D	Pincement.....	☐	☐		Suppliciante	☐	☐
	Serrement	☐	☐	N	Gênante.....	☐	☐
	Compression	☐	☐		Désagréable	☐	☐
	Ecrasement.....	☐	☐		Pénible	☐	☐
	En étau	☐	☐		Insupportable	☐	☐
	Broiement.....	☐	☐	O	Enervante	☐	☐
E	Tiraillement.....	☐	☐		Exaspérante.....	☐	☐
	Etirement.....	☐	☐		Horripilante.....	☐	☐
	Distension	☐	☐	P	Déprimante	☐	☐
	Déchirure.....	☐	☐		Suicidaire.....	☐	☐
	Torsion	☐	☐				
	Arrachement.....	☐	☐				
F	Chaleur.....	☐	☐				
	Brûlure	☐	☐				
G	Froid.....	☐	☐				
	Glacé	☐	☐				
H	Picotements	☐	☐				
	Fourmillements	☐	☐				
	Démangeaisons	☐	☐				
I	Engourdissement.....	☐	☐				
	Lourdeur.....	☐	☐				
	Sourde.....	☐	☐				

0	Absent	1	Faible	2	Modéré	3	Fort	4	Extrêmement fort
	Pas du tout		Un peu		Moyennement		Beaucoup		Extrêmement

1^{ère} case = cocher

2^e case = numéroté

De A à I : critères sensoriels

De J à P : critères affectifs

Figure 5 : Echelle QDSA.

Les versions longues de ces questionnaires sont validées mais chronophages. Des versions plus courtes ont été conçues mais ne sont pas encore validées.

Pour la pratique, on retiendra de ces échelles multidimensionnelles :

- elles précisent la nature de la plainte douloureuse ;
- elles ne peuvent servir à comparer la douleur de deux patients ;
- elles demandent plus de temps que les échelles unidimensionnelles.

D. LES ECHELLES D'HETERO-EVALUATION.

1. Définition.

Les échelles d'hétéro-évaluation permettent à l'observateur d'évaluer la douleur chez tout patient ne pouvant s'exprimer. Elles sont utilisées uniquement quand les méthodes d'auto-évaluation sont inadaptées.

Ces échelles, dites « comportementales », sont basées non plus sur les réponses du malade, mais sur l'étude de son comportement ; celui-ci étant différent selon l'âge du patient, il a été nécessaire d'en élaborer plusieurs.

2. L'échelle DOLOPLUS 2.

Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur, validée chez les personnes âgées de plus de 65 ans présentant des perturbations de la communication verbale.

DOLOPLUS 2 se présente sous la forme d'une fiche d'observation (Cf. annexe 1.4) comportant dix items : cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux.

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs) ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30.

La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30.

Elle permet de réaliser le dépistage de la douleur, l'évaluation de son intensité et l'appréciation de l'efficacité du traitement par l'étude de la cinétique des scores au fil des jours.

3. L'échelle ECPA.

L'ECPA (Cf. annexe 1.7 : Echelle comportementale de la douleur pour la personne âgée) est une échelle ordinale de 8 items avec 5 niveaux (cotés de 0 à 4), basée sur l'observation du patient avant et pendant les soins (expression du visage, posture, mouvements, relations avec autrui, anticipation anxieuse des soins...).

Le score total varie de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

Cette échelle est validée chez la personne âgée de plus de 65 ans non communicante.

4. L'échelle Saint Salvadour.

Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé. Elle se présente sous la forme d'une fiche (Cf. annexe 1.5) divisée en dix items cotés par les soignants de zéro à quatre.

Si le total de la cotation est supérieur ou égal à six, la douleur est certaine et il faut la traiter (à partir de deux, il y a un doute et une surveillance s'impose).

Il s'agit d'une échelle qui est plutôt utilisée en milieu hospitalier médical mais aussi chirurgical.

Le médecin généraliste étant peu souvent confronté à ce type de patients, il est fort probable que cette échelle ne figure pas parmi les outils dont il dispose à son cabinet.

5. La grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né.

Il s'agit d'une grille de cinq items (Cf. annexe 1.6), utilisable chez le nouveau-né (en milieu hospitalier le plus souvent) pour une douleur prolongée faisant suite à une pathologie de longue durée.

Chaque item est coté de zéro à trois ; un score total supérieur à quatre nécessite un traitement antalgique efficace.

En pratique, on retiendra de ces échelles d'hétéro-évaluation :

- elles permettent de diagnostiquer et d'évaluer la douleur chez le sujet non communicant ;
- elles favorisent la sensibilisation et la formation des intervenants (soignants, bénévoles, familles) ;
- elles demandent du temps pour être mises en œuvre car elles impliquent une observation attentive, répétée et souvent prolongée du comportement du malade douloureux.

V. EVALUATION DES MECANISMES.

Une description claire de la douleur permet d'en comprendre le mécanisme.

La démarche diagnostique doit permettre de préciser l'existence et la nature du processus.

Il faut rechercher :

- l'excès de stimulations nociceptives en précisant la nature mécanique ou inflammatoire ;
- l'origine neuropathique aux caractéristiques sémiologiques particulières (décharges électriques, fourmillements, brûlures, dysesthésies...).

Le tableau ci-dessous résume les différences entre ces deux types de douleurs.

	DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION	DOULEUR NEUROGÈNE
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure) Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques) Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée	Compatible avec une origine neurologique périphérique (tronc, racine) ou centrale (douleur hémicorporelle)
Examen neurologique	Normal	Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie) Signes d'hypersensibilité (allodynies)

Figure 6 : comparaison des douleurs par excès de nociception et des douleurs neurogènes.

- les origines psychogènes et idiopathiques de la douleur sont quant à elles toujours difficiles à reconnaître et nécessitent une attention particulière. Comme il est précisé dans la CIM 10 de l'OMS : *«Il peut être difficile d'affirmer l'origine psychologique de ces troubles même quand elle paraît très probable (...). En l'absence d'arguments en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire, et on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques».*

VI. EVALUATION DU RETENTISSEMENT.

Cette évaluation comporte trois dimensions :

A. LA DIMENSION AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE : LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION.

Il est intéressant de noter que certaines études (22) ont montré que la prévalence de la dépression était deux fois plus élevée chez les patients ayant déclaré une douleur chronique que chez les autres.

La douleur chronique s'accompagne régulièrement d'un syndrome dépressif et de

phénomènes anxieux. Pour estimer leur intensité, on peut utiliser des échelles de quantification de la dépression et de l'anxiété.

1. La place des troubles anxieux et dépressifs.

a) L'anxiété :

Chez les patients douloureux chroniques, l'anxiété est un important modulateur de la plainte douloureuse.

Lorsqu'un syndrome douloureux chronique est associé à un haut degré d'anxiété, le DSM4² (13) le classe parmi les « *troubles anxieux dus à une affection médicale générale* ».

Cette anxiété secondaire, réactionnelle, peut prendre diverses formes cliniques : trouble panique, anxiété généralisée (attente anxieuse permanente, tension musculaire, sommeil perturbé, irritabilité et troubles cognitifs), voire trouble obsessionnel compulsif.

b) La dépression :

Le diagnostic de « dépression majeure », selon le DSM4, est l'entité la plus fréquemment associée au syndrome douloureux chronique, bien que plusieurs autres formes de la dépression puissent être présentes (dysthymie).

Des états dépressifs sévères associés à un retrait des investissements personnels de type mélancolique, ou à des menaces suicidaires, ne sont pas rares.

La nature de l'association dépression - douleur chronique reste sujette à controverse.

Ainsi, la douleur chronique médicalement inexpliquée a parfois été considérée comme un équivalent de la dépression, du fait des recoupements symptomatiques, des similitudes physiopathologiques et psychologiques et de l'effet antalgique des antidépresseurs.

La majorité des auteurs considère cependant qu'il s'agit de deux entités distinctes, aux relations complexes.

Pour certains, la dépression précède la douleur et en est le facteur causal principal, alors que pour d'autres, la dépression est une conséquence de la douleur chronique.

Par ailleurs, il est connu que, en association avec le syndrome douloureux chronique, la dépression prend souvent des formes atypiques : l'irritabilité et les symptômes neurovégétatifs sont plus manifestes que l'humeur triste. Dans ce cas, la composante dépressive est d'autant plus souvent sous-estimée que les troubles du sommeil et de la libido, l'asthénie et le rétrécissement des intérêts sont attribués par le patient au syndrome douloureux chronique.

² Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders, quatrième édition de l'association américaine de psychiatrie, édité en 1994 qui est la référence en terme de classification des troubles mentaux.

2. Les échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété.

a) Définition :

Ce sont des échelles qui, à partir de questionnaires, permettent d'évaluer l'état de dépression et/ou d'anxiété de l'individu.

Ceux-ci n'ont pas été spécifiquement conçus pour le patient douloureux chronique mais pour les services psychiatriques. Ils peuvent néanmoins aider le praticien à évaluer la dépression chez le patient douloureux chronique.

b) L'inventaire de dépression de BECK :

Il s'agit de l'échelle la plus utilisée pour évaluer la dépression (Cf. annexe 1.10).

Une série de vingt-et-un items mesure la tendance à la dépression du patient.

Son score maximal de soixante-trois indique une dépression profonde.

Comme pour tout questionnaire, il faut prendre un certain temps pour le mettre en œuvre mais sa compréhension est facile car il fait appel à un vocabulaire relativement simple.

c) L'échelle HAD :

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale, Cf. annexe 1.9) est composée de vingt-et-un items qui évaluent la tendance à la dépression et à l'anxiété d'un individu donné, en l'interrogeant sur divers aspects de sa vie quotidienne.

Le vocabulaire utilisé est simple, ce qui facilite l'utilisation de cette grille.

B. LA DIMENSION COGNITIVE.

On cherche, **par l'interrogatoire**, à évaluer la connaissance du diagnostic (s'il existe), la signification donnée à la maladie et aux thérapeutiques ainsi que les attentes du patient.

C. LA DIMENSION COMPORTEMENTALE.

Elle est évaluée à l'aide de l'échelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien (Cf. annexe 1.11). Elle explore :

- la capacité à marcher ;
- le travail habituel (à l'extérieur de la maison et travaux domestiques) ;
- la relation avec les autres ;
- le sommeil ;
- le fonctionnement physique ;

- les tâches domestiques, la marche, la sexualité ;
- l'interaction sociale.

VII. L'EXAMEN CLINIQUE ET LE SUIVI.

Nous n'évoquons pas ici la totalité des examens à réaliser mais insistons tout de même sur l'examen de la sensibilité, sur les manœuvres de provocation de la douleur et sur l'observation des positions antalgiques.

Le schéma des zones douloureuses orientera l'examen clinique et sera utile pour le suivi du patient.

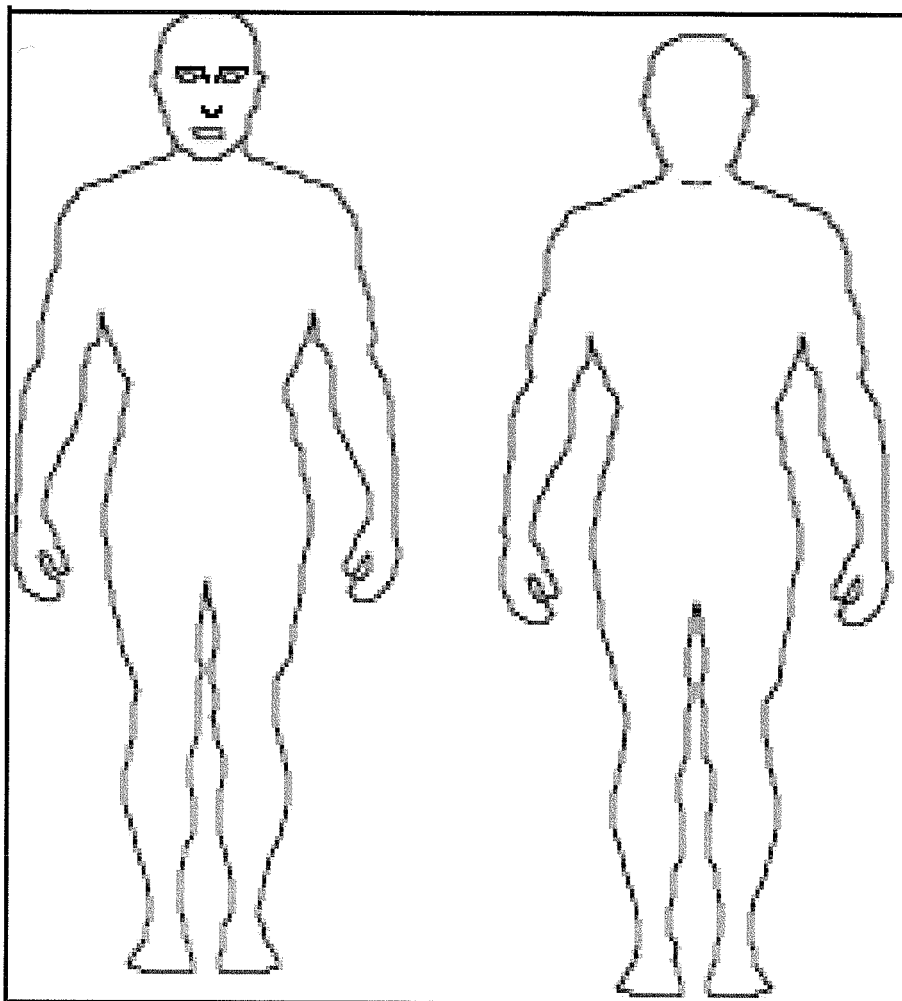


Schéma des zones douloureuses

Figure 7

Selon les experts de l'American Society of Anesthesiologists (1), la surveillance périodique des patients et la mesure des résultats cliniques sont importantes pour un bon suivi.

En effet, des consultations régulières permettent de surveiller l'observance et les effets du traitement. (pour certains auteurs, il semble préférable d'en fixer les dates à l'avance).

Lors de ces contacts, il ne faut pas oublier d'évaluer les différentes dimensions de la douleur chronique et leur évolution, à l'aide d'outils soigneusement choisis dès le premier entretien pour leur sensibilité au changement.

Chapitre II :

METHODOLOGIE
ET
RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ETUDE.

L'étude a consisté en une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire. Celui-ci comportait seize items composés de questions à choix multiples (QCM) et de questions à réponses ouvertes et courtes (CROC). Conçu entre septembre 2004 et juin 2005, il fut adressé en juillet 2005 par courrier, accompagné d'une enveloppe affranchie et libellée pour réponse, aux cent soixante-treize médecins généralistes des bassins de Briey, Hayange et Longwy répertoriés au Conseil National de l'Ordre des Médecins.(le questionnaire se trouve en annexe 2).

Le questionnaire était accompagné d'une annexe définissant la douleur chronique ainsi que les différentes échelles d'évaluation abordées dans ce travail.

Il n'y a eu de relance ni téléphonique ni postale, et l'anonymat des médecins leur était assuré.

Les réponses ont été reçues entre août et novembre 2005.

Les résultats ont été dépouillés à partir de novembre 2005 par deux intervenants ayant confronté leurs résultats dans le but d'éviter les erreurs de comptage et de transcription.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.

A. L'OBJECTIF PRINCIPAL.

L'objectif principal de l'enquête était de faire un état des lieux des méthodes d'évaluation de la douleur et de suivi des patients douloureux chroniques, utilisées en médecine générale dans ce secteur géographique déterminé.

Pour cela, le questionnaire recherchait :

- quelles échelles d'évaluation étaient utilisées par les médecins généralistes lors de leur pratique quotidienne ?
- comment le résultat de l'évaluation de la douleur était géré dans le dossier et lors du suivi du malade ?
- quels liens existaient avec les autres partenaires de la santé dans la prise en charge du patient ?

B. LES OBJECTIFS SECONDAIRES.

Les objectifs secondaires étaient au nombre de trois ; il s'agissait de déterminer **si dans cet échantillon...**

- la formation organisée (dans le cadre de FMC ou de diplôme universitaire type capacité gériatrie, DU...),
- le nombre de patients examinés,
- le nombre de patients douloureux chroniques examinés...

... modifiaient le comportement des praticiens.

III. ANALYSE DES RESULTATS.

A. LES DIFFERENTS SOUS-GROUPES.

Un dépouillement global a tout d'abord été réalisé. Puis, pour répondre aux objectifs secondaires de l'étude, l'échantillon recueilli a subi trois découpages différents.

Dans un premier découpage, les médecins ont été divisés en deux groupes :

- « **groupe formation organisée** » regroupant les médecins ayant bénéficié d'une formation organisée sur la douleur avec intervention d'enseignants (FMC, diplôme universitaire post-formation initiale ou formation à l'utilisation des échelles) ;
- « **groupe sans formation organisée** » rassemblant les médecins n'ayant pas reçu une telle formation.

Dans un second découpage, ces médecins ont été séparés en fonction du nombre de patients examinés par jour :

- groupe examinant moins de 25 patients par jour en moyenne ;
- groupe examinant plus de 25 patients par jour en moyenne.

Enfin, dans un dernier découpage, ces praticiens ont été répartis en fonction du nombre de

patients douloureux chroniques examinés chaque semaine en trois groupes :

- groupe examinant moins de 5 patients douloureux chroniques par semaine ;
- groupe examinant entre 5 et 10 patients douloureux chroniques par semaine ;
- groupe examinant plus de 10 patients douloureux chroniques par semaine.

B. LA METHODE STATISTIQUE UTILISEE.

Lorsqu'il s'agissait de mettre en évidence une indépendance entre deux variables, un test du χ^2 a été réalisé.

Les conditions de validité du test du χ^2 ont été vérifiées systématiquement pour chaque test, à savoir :

- l'effectif total était supérieur à 50 ;
- les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5 (quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à cinq, la classe a été regroupée avec une autre ; quand le regroupement était insuffisant, ou aberrant, le test n'a pas été effectué).

Pour chaque test du χ^2 , on a rappelé :

- l'hypothèse H_0 testée ;
- la valeur du χ^2 calculée ;
- la valeur du χ^2 critique au seuil α de 5 % (en précisant le nombre de degrés de liberté) ;
- la conclusion du test suivant la règle du test du χ^2 .

Pour mémoire :

- si χ^2 calculé < χ^2 critique (ou théorique) : acceptation de l'hypothèse H_0 au seuil de 5 % (indépendance des deux variables étudiées) ;
- si χ^2 calculé > χ^2 critique (ou théorique) : rejet de l'hypothèse H_0 au seuil de 5 % (pas d'indépendance des deux variables étudiées).

IV. RESULTATS.

A. LES RESULTATS GLOBAUX.

1. Le taux de réponse.

Sur les 173 questionnaires envoyés, 88 réponses, dont 84 exploitables, ont été reçues, soit un taux de 48,55 % de réponses exploitables.

Les quatre questionnaires non exploitables ont été renvoyés non remplis ou trop incomplets pour être utilisés.

Enfin, un questionnaire parmi les 84 ne mentionnait pas le nombre de patients examinés et n'a pu être utilisé que partiellement (question n° 16 non répondue - Cf. annexe 2, question 16).

2. Les caractéristiques des cabinets médicaux ayant répondu.

a) Le nombre de patients examinés par jour :

La taille des patientèles a été retenue comme une des caractéristiques d'un cabinet médical. La figure ci-dessous illustre les données de l'échantillon.

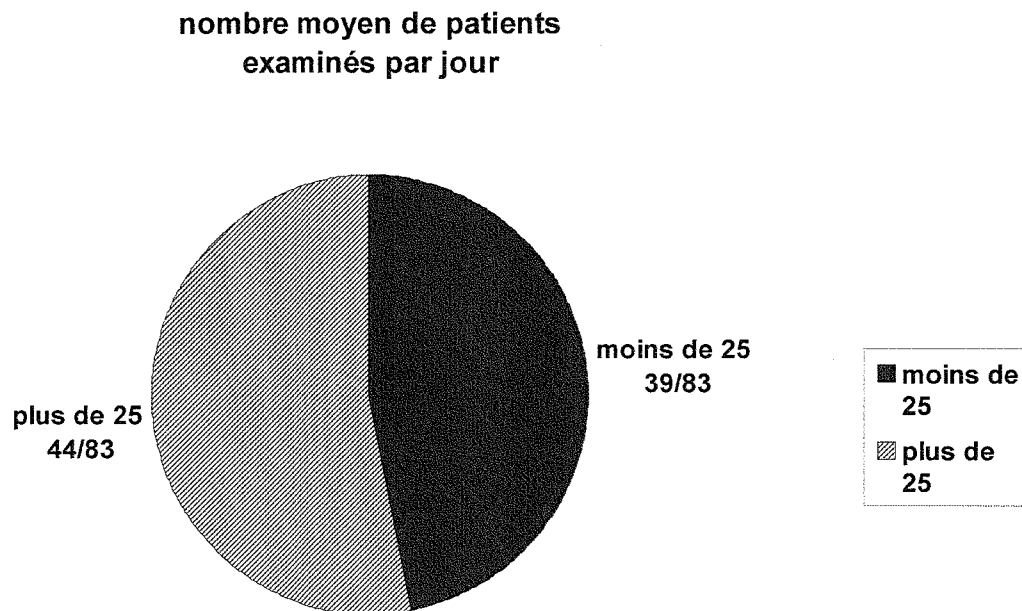


Figure 8

b) Le nombre de patients douloureux chroniques examinés par semaine :

Le nombre de patients douloureux chroniques examinés par les praticiens de cette étude reflète l'importance du problème de la douleur chronique en médecine de ville.

Il est représenté par le graphique suivant (Cf. Figure 9 page suivante) :

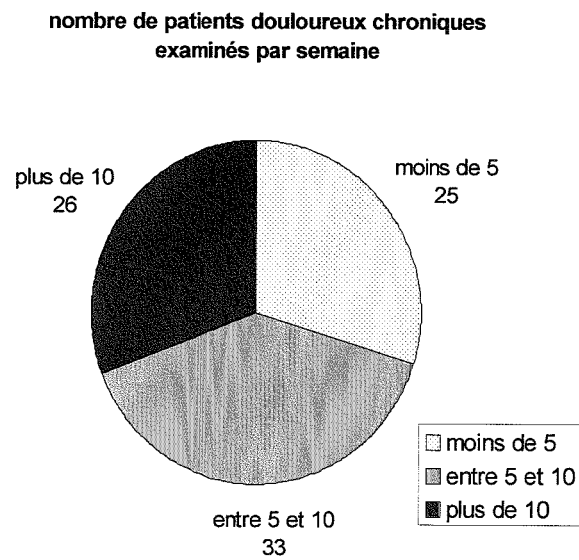


Figure 9

c) Le type de dossiers utilisés :

Le dossier médical informatisé se généralise sous l'impulsion des autorités. Voici les chiffres obtenus dans l'échantillon :

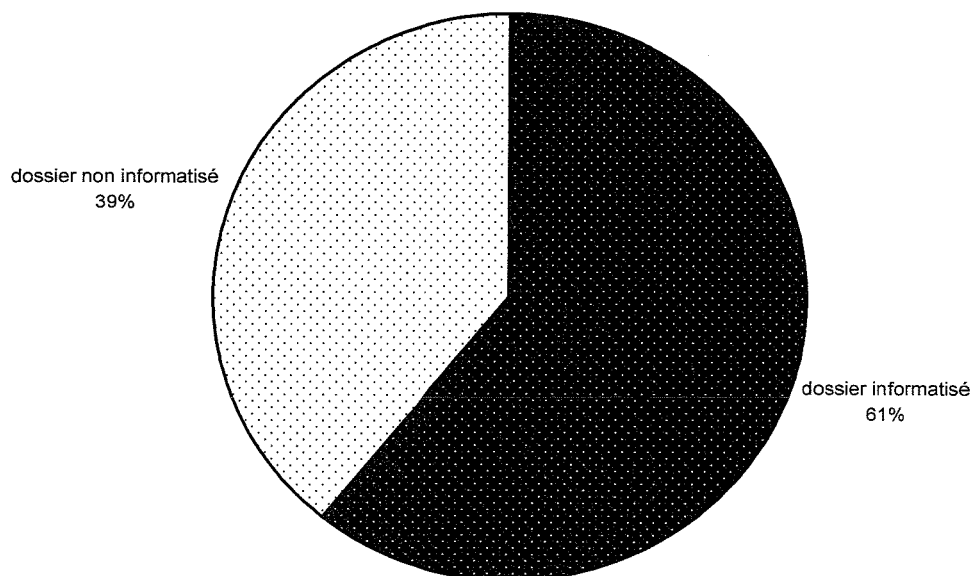


Figure 10 : Taux de dossier informatisé

3. Les formations des praticiens.

La formation continue post universitaire concernant l'évaluation de la douleur chronique est composée de nombreux outils dont l'utilisation par les médecins interrogés figure dans le graphisme ci-dessous.

Les modes de formation privilégiés sont ceux dispensés par les laboratoires, les revues médicales et les centres de FMC.

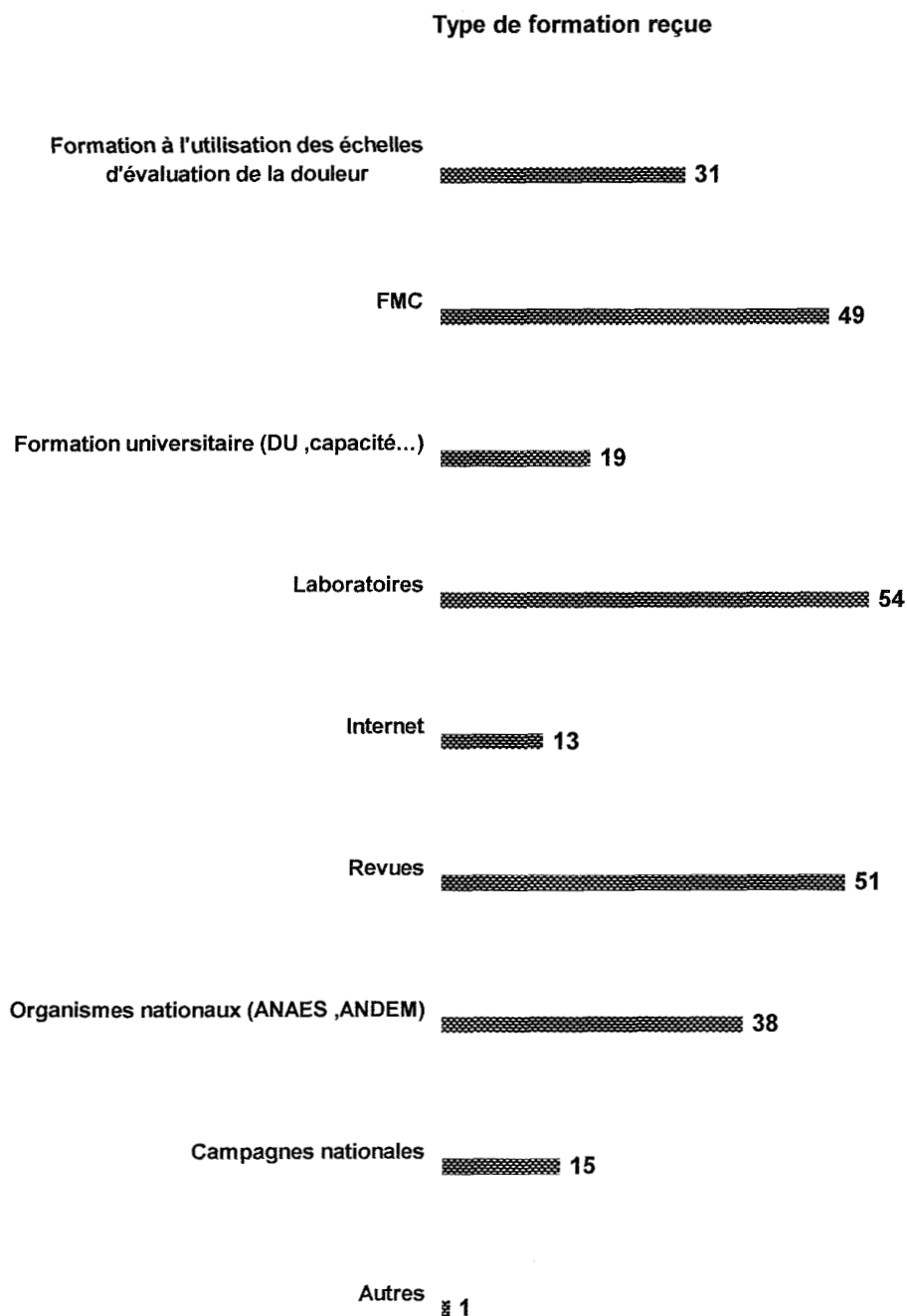


Figure 11

Les chiffres obtenus sur l'échantillon montrent que la formation à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur ne passe pas forcément par l'apprentissage de l'utilisation des différentes échelles : seuls 31 praticiens ont bénéficié d'un tel apprentissage.

4. Le mode d'évaluation de la douleur chronique par les praticiens.

Tous les médecins ayant répondu utilisent au moins une échelle d'évaluation de la douleur dans leur pratique quotidienne.

Le nombre de médecins utilisant chaque échelle a été représenté sur la figure ci-dessous.

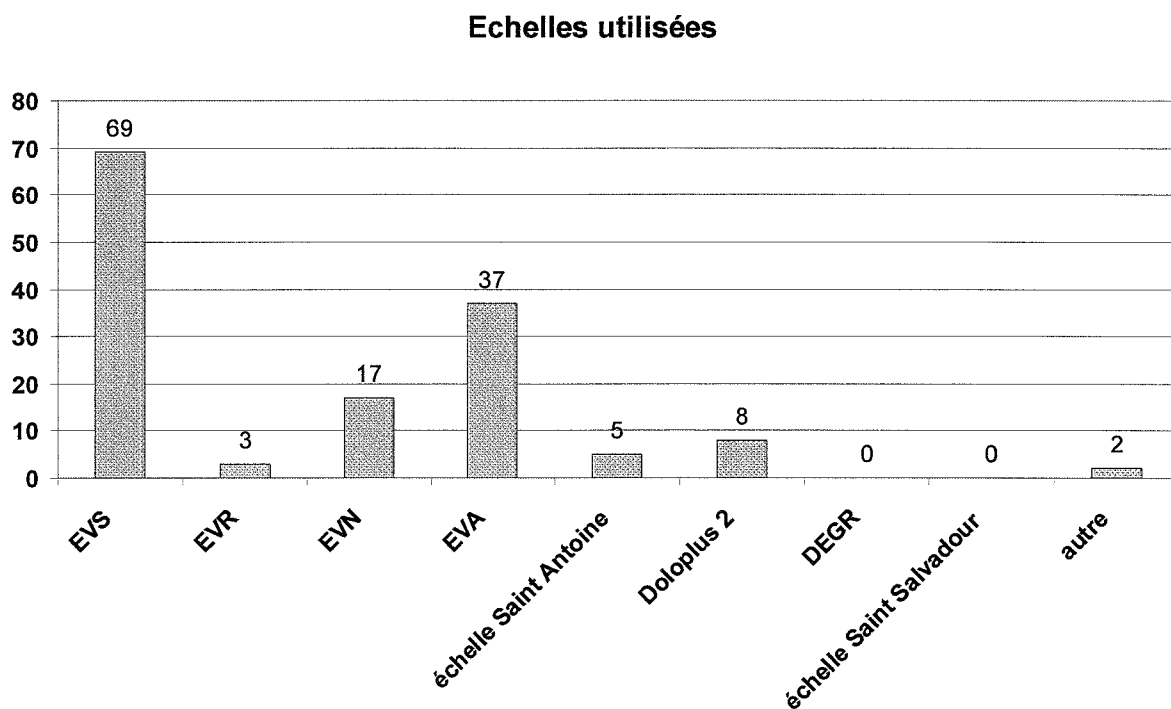


Figure 12

On remarque que 75 médecins sur 84 n'utilisent pas d'échelles d'hétéro-évaluation, soit 89,29 % de l'échantillon interrogé.

5. La transcription du résultat de cette évaluation.

Un item du questionnaire était consacré à l'enregistrement du résultat de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient : était-ce fait, et si oui, sous quelle forme ?

Ainsi, l'étude montre que 53 praticiens retranscrivent ce résultat dans le dossier sous forme de score et/ou d'observations selon la répartition suivante :

inscription des résultats de l'évaluation dans le dossier

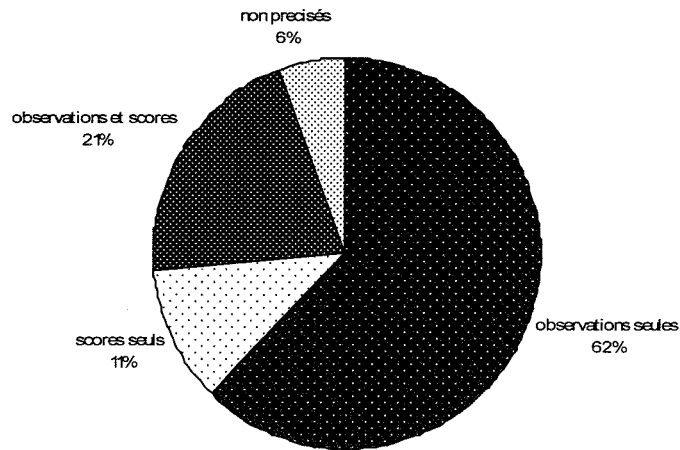


Figure 13

6. Les partenaires consultés.

Entre deux visites chez son médecin traitant, le patient rencontre d'autres intervenants, lors de soins, de séances de rééducation, ou encore à l'occasion de consultations spécialisées.

Les informations obtenues lors de ces entrevues parviennent-elles au médecin traitant et sous quelle forme ?

Pour y répondre, il paraissait intéressant de se pencher sur la relation médecin traitant – partenaires et de définir leurs modes de communication.

a) Le type de partenaires sollicités :

L'approche pluridisciplinaire de l'évaluation de la douleur est préconisée par l'ANAES.
En pratique, quels sont les intervenants que mobilise le médecin de famille ?

Le nombre de médecins faisant intervenir chaque partenaire dans cette évaluation est précisé ci après (Cf. Figure 14 page suivante).

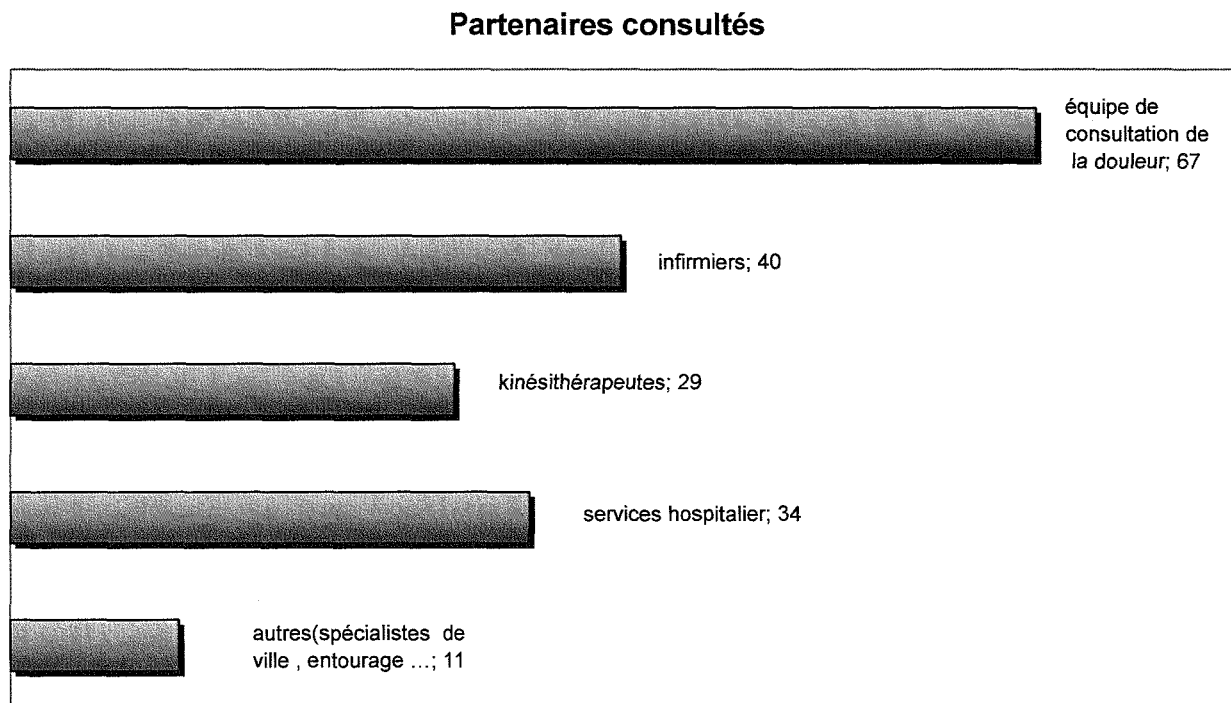


Figure 14

b) La communication avec les partenaires :

L'une des particularités de la médecine de ville est le risque d'isolement du praticien. Or, la communication avec les autres intervenants est l'une des clés de la prise en charge de la douleur chronique. En effet, elle va permettre des échanges d'informations, qui au final, aboutiront à une meilleure connaissance de l'état du patient.

Le questionnaire explorait quatre axes de cette communication : les moyens matériels utilisés, la fréquence des contacts, l'utilisation d'un langage commun et la perception des délais.

- Les deux moyens de communication utilisés majoritairement sont le courrier, par 78 médecins (92,8 %) et le téléphone, par 58 praticiens (69 %).
Le fax et internet sont utilisés quant à eux respectivement par 12 (14,3 %) et 4 (4,8 %) généralistes. Il faut enfin noter que 8 des médecins interrogés participent à des réunions pour discuter de leurs patients avec d'autres intervenants et que seul 1 praticien a un contact direct avec certains de ses interlocuteurs (soignants et famille).
- 51,19 % des médecins (43/84) ont un contact systématique avec le partenaire après chacune de ses interventions, alors que 19,05 % (16/84) n'en ont que de périodiques. Enfin, 14,29 % des praticiens (12/84) utilisent les deux modes de fonctionnement et 5,95 % (5/84) ne se sont pas prononcés.

- Les référentiels communs validés correspondant aux scores des échelles citées précédemment (EVA EVN...) sont plus utilisés avec les médecins qu'avec les paramédicaux (Cf. Figure 15 ci-dessous).

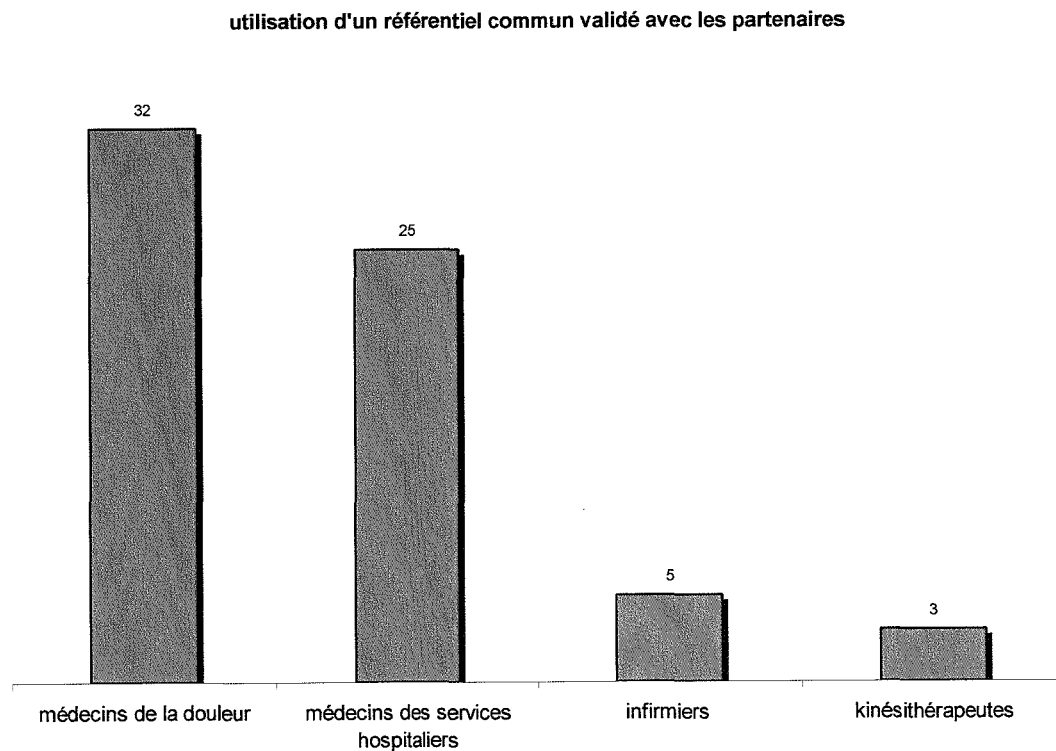


Figure 15

- La figure ci-après (Cf. Figure 16 page suivante) décrit comment le médecin perçoit le délai de prise en charge thérapeutique ou de transmission de l'information par ses différents partenaires.

Perception du délai d'action des différents partenaires

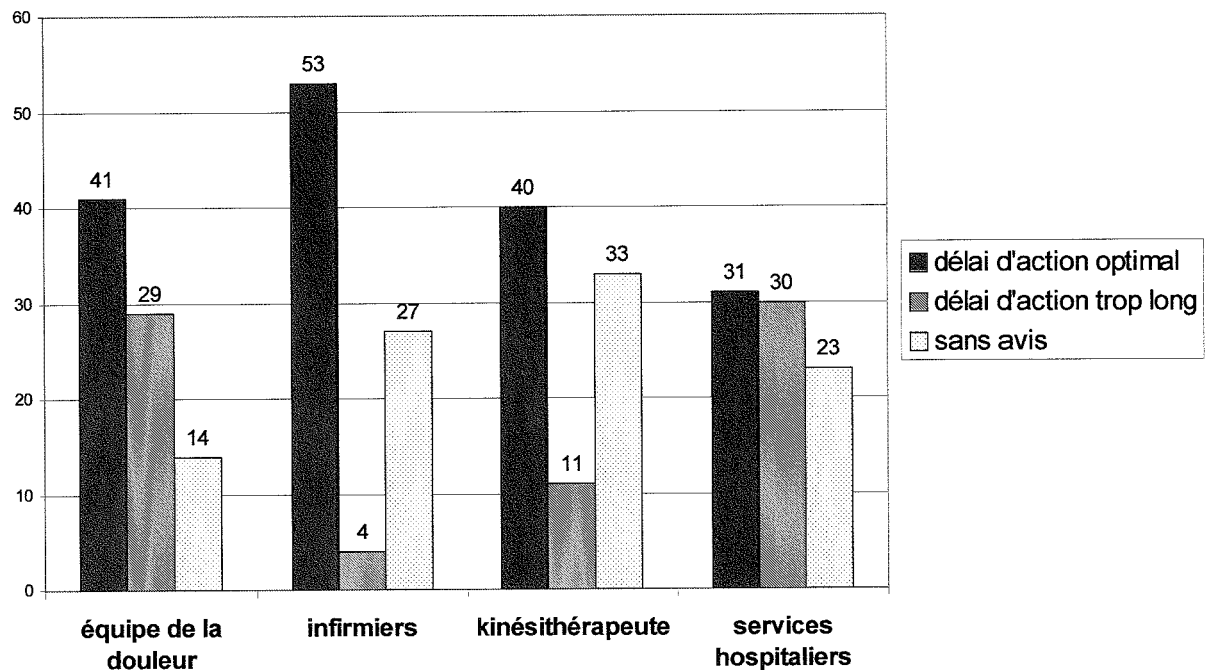


Figure 16

B. TESTS D'INDEPENDANCE.

Les paragraphes suivants étudieront par le test du χ^2 si les différents éléments, tels l'emploi des échelles, la prise d'avis spécialisés, l'utilisation de référentiels validés... subissent l'influence des trois paramètres suivants :

- avoir ou non bénéficié d'une formation organisée ;
- examiner plus ou moins de 25 patients par jour ;
- examiner moins de 5, de 5 à 10 ou plus de 10 patients douloureux chroniques par semaine.

Les nombres notés entre parenthèses dans les tableaux suivants correspondent aux effectifs théoriques.

1. Les relations entre les paramètres.

Dans un premier temps, penchons nous sur ces trois paramètres et testons leur indépendance.

a) La relation entre le nombre de patients examinés et le type de formation reçue :

- **H0 : la taille de la patientèle et la formation organisée** du médecin à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur chronique sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Formation organisée	Pas de formation organisée	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	26 (25.37)	13 (13.63)	39
+ de 25 patients/jour	28 (28.63)	16 (15.37)	44
Effectifs marginaux	54	29	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,084 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

b) La relation entre le nombre de patients douloureux chroniques examinés et le type de formation reçue :

- **H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et le type de formation** sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur reçue sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.

	Formation organisée	Pas de formation organisée	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	13 (16.07)	12 (8.93)	25
5 à 10 douloureux chroniques	24 (21.21)	9 (11.78)	33
+ de 10 douloureux chroniques	17 (16.71)	9 (9.28)	26
Effectifs marginaux	54	30	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 2,678 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

c) La relation entre la taille de la patientèle et le nombre de patients douloureux examinés :

- **H0 : la taille de la patientèle et le nombre de patients douloureux chroniques examinés** sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.

	- de 5 douloureux/jour	5 à 10 douloureux/jour	+ de 10 douloureux/jour	Effectifs marginaux
- de 25 patients/j	16 (11.75)	14 (15.04)	9 (12.22)	39
+ de 25 patients/j	9 (13.25)	18 (16.96)	17 (13.78)	44
Effectifs marginaux	25	32	26	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 4,637 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

d) Conclusion :

Les trois paramètres retenus pour tenter d'expliquer une différence dans l'évaluation de la douleur sont indépendants entre eux.

2. L'utilisation des échelles.

a) L'EVS :

- H_0 : la formation organisée et l'utilisation de l'EVS sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVS	N'utilise pas EVS	Effectifs marginaux
Formation organisée	41 (44.36)	13 (9.64)	54
Pas de formation organisée	28 (24.64)	2 (5.36)	30
Effectifs marginaux	69	15	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 3,990 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} > \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc rejet de H_0 . Il n'y a donc pas indépendance : le groupe formation organisée utilise moins l'EVS que le groupe sans formation.

- H_0 : la taille de la patientèle et l'utilisation de l'EVS sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVS	N'utilise pas EVS	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	32 (32.42)	7 (6.58)	39
+ de 25 patients/jour	37 (36.58)	7 (7.42)	44
Effectifs marginaux	69	14	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,061 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- L'indépendance entre l'utilisation de l'EVS et le nombre de patients douloureux chroniques examinés par semaine ne peut être testée du fait d'effectifs théoriques restreints.

b) L'EVN :

- H0 : la formation organisée et l'utilisation de l'EVN sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVN	N'utilise pas EVN	Effectifs marginaux
Formation organisée	10 (10.93)	44 (43.07)	54
Pas de formation organisée	7 (6.07)	23 (23.93)	30
Effectifs marginaux	17	67	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,278 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et l'utilisation de l'EVN sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVN	N'utilise pas EVN	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	6 (7.52)	33 (31.48)	39
+ de 25 patients/jour	10 (8.48)	34 (35.52)	44
Effectifs marginaux	16	67	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,718 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et l'utilisation de l'EVN sont indépendants au seuil $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVN	N'utilise pas EVN	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	3 (5.06)	22 (19.94)	25
5 à 10 douloureux chroniques	8 (6.68)	25 (26.32)	33
+ de 10 douloureux chroniques	6 (5.26)	20 (20.74)	26
Effectifs marginaux	17	67	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,509 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

c) L'EVA :

- H0 : la formation organisée et l'utilisation de l'EVA sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVA	N'utilise pas EVA	Effectifs marginaux
Formation organisée	28 (23.78)	26 (30.21)	54
Pas de formation organisée	9 (13.21)	21 (16.78)	30
Effectifs marginaux	37	47	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 3,738 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et l'utilisation de l'EVA sont indépendantes au seuil : $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVA	N'utilise pas EVA	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	16 (17.38)	23 (21.61)	39
+ de 25 patients/jour	21 (19.61)	23 (24.38)	44
Effectifs marginaux	37	46	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,376 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et l'utilisation de l'EVA sont indépendants au seuil $\alpha = 5 \%$.

	Utilise EVA	N'utilise pas EVA	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	10 (11.01)	15 (13.99)	25
5 à 10 douloureux chroniques	12 (14.53)	21 (18.46)	33
+ de 10 douloureux chroniques	15 (11.45)	11 (14.55)	26
Effectifs marginaux	37	47	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 2,922 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

d) Les autres échelles :

L'échelle d'hétéro-évaluation DOLOPLUS 2® est utilisée uniquement par des praticiens du groupe formation organisée ; cependant, du fait de la taille des effectifs, il n'est pas possible de conclure de façon statistique.

Pour les autres échelles, soit elles ne sont pas utilisées, soit elles le sont de façon trop faible pour que les résultats soient statistiquement exploitables.

e) Conclusion :

Lorsqu'ils ont pu être testés, les paramètres étudiés n'influencent pas l'utilisation des échelles sauf en ce qui concerne l'EVS qui apparaît plus utilisée par les praticiens du groupe « sans formation ».
En ce qui concerne les échelles d'hétéro-évaluation, leur utilisation est marginale quel que soit le groupe étudié.

3. La transcription du résultat de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical.

- H0 : la formation organisée et la transcription des résultats de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical du patient sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Résultats évaluation dans le dossier	Pas de résultats dans le dossier	Effectifs marginaux
Formation organisée	38 (34.07)	16 (19.93)	54
Pas de formation organisée	15 (18.93)	15 (11.07)	30
Effectifs marginaux	53	31	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 3,439$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et la transcription des résultats de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Résultats évaluation dans le dossier	Pas de résultats dans le dossier	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	24 (24.90)	15 (14.10)	39
+ de 25 patients/jour	29 (28.10)	15 (15.90)	44
Effectifs marginaux	53	30	83

χ^2 calculé = 0,170

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 1) = 3,841

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la transcription du résultat de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.

	Résultat évaluation dans le dossier	Pas de résultat dans le dossier	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	17 (15.77)	8 (9.23)	25
5 à 10 douloureux chroniques	21 (20.82)	12 (12.18)	33
+ de 10 douloureux chroniques	15 (16.40)	11 (9.59)	26
Effectifs marginaux	53	31	84

χ^2 calculé = 0,590

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 2) = 5,991

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

Conclusion :

Aucun des paramètres n'influence la notation du résultat de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical.

4. Les partenaires sollicités.

a) Les médecins de la douleur :

- H0 : la formation organisée et la prise d'avis auprès de médecins de la douleur sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Avis médecin douleur	Pas d'avis médecin douleur	Effectifs marginaux
Formation organisée	45 (43.07)	9 (10.93)	54
Pas de formation organisée	22 (23.93)	8 (6.07)	30
Effectifs marginaux	67	17	84

χ^2 calculé = 1,196

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 1) = 3,841

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et la prise d'avis auprès des médecins de la douleur

sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$.

	Avis médecin de la douleur	Pas d'avis médecin de la douleur	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	29 (31.01)	10 (7.99)	39
+ de 25 patients/jour	37 (34.99)	7 (9.01)	44
Effectifs marginaux	66	17	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,246$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la prise d'avis auprès d'un médecin de la douleur sont indépendants au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis médecin douleur	Pas d'avis médecin douleur	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	22 (19.94)	3 (5.06)	25
5 à 10 douloureux chroniques	25 (26.32)	8 (6.68)	33
+ de 10 douloureux chroniques	20 (20.74)	6 (5.26)	26
Effectifs marginaux	67	17	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,509$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

b) Les médecins hospitaliers :

- **H_0 : la formation organisée et la prise d'informations auprès des médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis médecins hospitaliers	Pas d'avis médecins hospitaliers	Effectifs marginaux
Formation organisée	18 (21.86)	36 (32.14)	54
Pas de formation organisée	16 (12.14)	14 (17.86)	30
Effectifs marginaux	34	50	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 3,207$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : la taille de la patientèle et la prise d'avis auprès des médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis médecins hospitaliers	Pas d'avis médecins hospitaliers	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	19 (15.97)	20 (23.02)	39
+ de 25 patients/jour	15 (18.02)	29 (25.97)	44
Effectifs marginaux	34	49	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,831$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la prise d'avis auprès d'un médecin hospitalier sont indépendants au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis médecin hospitalier	Pas avis médecin hospitalier	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	12 (10.12)	13 (14.88)	25
5 à 10 douloureux chroniques	14 (13.36)	19 (19.64)	33
+ de 10 douloureux chroniques	8 (10.52)	18 (15.48)	26
Effectifs marginaux	34	50	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,652$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

c) Les infirmiers :

- **H_0 : la formation organisée et la prise d'informations auprès des infirmiers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis infirmier	Pas d'avis infirmier	Effectifs marginaux
Formation organisée	25 (25.71)	29 (28.28)	54
Pas de formation organisée	15 (14.28)	15 (15.71)	30
Effectifs marginaux	40	44	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,106$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : la taille de la patientèle et la prise d'avis ou d'information auprès des infirmiers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$.**

	Avis infirmier	Pas d'avis infirmier	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	20 (18.79)	19 (20.20)	39
+ de 25 patients/jour	20 (21.20)	24 (22.79)	44
Effectifs marginaux	40	43	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,281$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la prise d'avis ou d'informations auprès d'un infirmier sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.**

	Avis infirmier	Pas d'avis infirmier	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	13 (11.90)	12 (13.09)	25
5 à 10 douloureux chroniques	9 (15.71)	24 (17.28)	33
+ de 10 douloureux chroniques	18 (12.38)	8 (13.62)	26
Effectifs marginaux	40	44	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 10,542$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} > \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc rejet de H_0 et il n'y a donc pas indépendance entre des deux variables.

d) Les kinésithérapeutes :

- **H_0 : la formation organisée et la prise d'informations auprès des kinésithérapeutes sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.**

	Avis kinésithérapeute	Pas d'avis kinésithérapeute	Effectifs marginaux
Formation organisée	16 (18.64)	38 (35.36)	54
Pas de formation organisée	13(10.36)	17(19.64)	30
Effectifs marginaux	29	55	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,597$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : la taille de la patientèle et la prise d'avis ou d'information auprès des kinésithérapeutes sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.**

	Avis kinésithérapeute	Pas d'avis kinésithérapeute	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	13 (13.63)	26 (25.37)	39
+ de 25 patients/jour	16 (15.37)	28 (28.63)	44
Effectifs marginaux	29	54	83

χ^2 calculé = 0,084

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 1) = 3,841

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la prise d'avis ou d'informations auprès d'un kinésithérapeute sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.

	Avis kinésithérapeute	Pas d'avis kinésithérapeute	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	5 (8.63)	20 (16.37)	25
5 à 10 douloureux chroniques	8 (11.39)	25 (21.61)	33
+ de 10 douloureux chroniques	16 (8.98)	10 (17.02)	26
Effectifs marginaux	29	55	84

χ^2 calculé = 12,256

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 2) = 5,991

χ^2 calculé > χ^2 théorique, il y a donc rejet de H0 et il n'y a donc pas indépendance entre les deux variables.

e) Conclusion :

La prise d'avis auprès des divers partenaires est indépendante des paramètres testés sauf dans deux cas. Il existe un lien entre le recours aux avis des kinésithérapeutes et des infirmiers et le nombre de patients douloureux chroniques examinés. Cependant les chiffres n'expliquent pas ce lien.

5. Le recours aux référentiels validés.

a) Avec les médecins de la douleur :

- H0 : la formation organisée et l'utilisation d'un référentiel validé auprès des médecins de la douleur sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation de référentiel validé	Effectifs marginaux
Formation organisée	28 (20.57)	26 (33.43)	54
Pas de formation organisée	4 (11.43)	26 (18.57)	30
Effectifs marginaux	32	52	84

χ^2 calculé = 12,138

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 1) = 3,841

χ^2 calculé > χ^2 théorique, il y a donc rejet de H0 et pas indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et l'utilisation d'un référentiel validé avec les médecins de la douleur sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation d'un référentiel validé	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	13 (15.04)	26 (23.96)	39
+ de 25 patients/jour	19 (16.96)	25 (27.04)	44
Effectifs marginaux	32	51	83

χ^2 calculé = 0,850

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 1) = 3,841

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et l'utilisation d'un référentiel validé avec les médecins de la douleur sont indépendants au seuil :
 $\alpha = 5\%$.

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation d'un référentiel validé	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	8 (9.52)	17 (15.48)	25
5 à 10 douloureux chroniques	14 (12.57)	19 (20.43)	33
+ de 10 douloureux chroniques	10 (9.90)	16 (16.09)	26
Effectifs marginaux	32	52	84

χ^2 calculé = 0,656

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 2) = 5,991

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

b) Avec les médecins hospitaliers :

- H0 : la formation organisée et l'utilisation d'un référentiel validé auprès des médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation de référentiel validé	Effectifs marginaux
Formation organisée	24 (16.07)	30 (37.93)	54
Pas de formation organisée	1 (8.93)	29 (21.07)	30
Effectifs marginaux	25	59	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 15,598$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} > \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc rejet de H_0 et pas indépendance des deux variables.

- **H_0 : la taille de la patientèle et l'utilisation d'un référentiel validé avec les médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.**

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation d'un référentiel validé	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	11 (11.75)	28 (27.25)	39
+ de 25 patients/jour	14 (13.25)	30 (30.75)	44
Effectifs marginaux	25	58	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,129$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

- **H_0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et l'utilisation d'un référentiel validé avec les médecins hospitaliers sont indépendants au seuil : $\alpha = 5\%$.**

	Utilisation d'un référentiel validé	Pas d'utilisation d'un référentiel validé	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	5 (7.44)	20 (17.56)	25
5 à 10 douloureux chroniques	13 (9.82)	20 (23.18)	33
+ de 10 douloureux chroniques	7 (7.74)	19 (18.26)	26
Effectifs marginaux	25	59	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 2,706$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

c) Avec les infirmiers et les kinésithérapeutes :

L'échantillon ne permet pas d'utiliser le test du χ^2 pour se prononcer sur l'indépendance entre

l'utilisation d'un référentiel validé avec les infirmiers et les kinésithérapeutes, d'une part et chacun des autres paramètres d'autre part.

d) Conclusion :

La taille de la patientèle ainsi que le fait de voir plus de patients douloureux chroniques n'incitent pas à plus utiliser des référentiels validés (EVA, échelle numérique...) pour communiquer.

Les praticiens du groupe « formation organisée » utilisent plus les référentiels validés dans leurs correspondances avec leurs confrères hospitaliers et les médecins de la douleur que ceux du groupe « sans formation organisée ».

6. La perception du délai de réponse.

a) Des médecins de la douleur :

- H0 : la formation organisée et la perception des délais d'action des médecins de la douleur sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Optimal	Trop long	Sans avis	Effectifs marginaux
Formation organisée	31 (26.36)	17 (18.64)	6 (9)	54
Pas de formation organisée	10 (14.64)	12 (10.36)	8 (5)	30
Effectifs marginaux	41	29	14	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 4,691$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et la perception du délai d'action des médecins de la douleur sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Optimal	Trop long	Sans avis	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	15 (18.80)	18 (13.63)	6 (6.57)	39
+de 25 patients/jour	25 (21.20)	11 (15.37)	8 (7.42)	44
Effectifs marginaux	40	29	14	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 4,188$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 2) = 5,991$$

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- Le lien entre nombre de patients douloureux chroniques et perception du délai d'action n'a pu être testé du fait d'effectifs théoriques trop restreints.

b) Des médecins hospitaliers :

- H0 : la formation organisée et la perception des délais d'action des médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Optimal	Trop long	Sans avis	Effectifs marginaux
Formation organisée	25 (19.93)	17 (19.28)	12 (14.78)	54
Pas de formation organisée	6 (11.07)	13 (10.71)	11 (8.21)	30
Effectifs marginaux	31	30	23	84

χ^2 calculé = 5,842

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 2) = 5,991

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : la taille de la patientèle et la perception du délai d'action des médecins hospitaliers sont indépendantes au seuil $\alpha = 5\%$.

	Optimal	Trop long	Sans avis	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	13 (14.09)	15 (14.09)	11 (10.81)	39
+de 25 patients/jour	17 (15.90)	15 (15.90)	12 (12.19)	44
Effectifs marginaux	30	30	23	83

χ^2 calculé = 0,276

χ^2 théorique ($\alpha = 0,05$; ddl = 2) = 5,991

χ^2 calculé < χ^2 théorique, il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

- H0 : le nombre de patients douloureux chroniques examinés par jour et la perception des délais d'action des médecins hospitaliers sont indépendants au seuil $\alpha = 5\%$.

	Optimal	Trop long	Sans avis	Effectifs marginaux
- de 5 douloureux chroniques	8 (9.23)	8 (8.93)	9(6.84)	25
5 à 10 douloureux chroniques	13 (12.18)	13 (11.78)	7 (9.03)	33
+ de 10 douloureux chroniques	10 (9.59)	9 (9.28)	7 (7.12)	26
Effectifs marginaux	31	30	23	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,608$$

$$\chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 4) = 9,488$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$, il y a donc acceptation de H_0 et indépendance des deux variables.

c) Des infirmiers et des kinésithérapeutes :

L'échantillon ne permet pas d'utiliser le test du χ^2 pour se prononcer sur l'indépendance entre la perception des délais de réponse des infirmiers et des kinésithérapeutes, d'une part et chacun des autres paramètres d'autre part.

d) Conclusion :

Les valeurs qui ont pu être testées, en ce qui concerne la perception des délais de réponse, sont toutes indépendantes.

Chapitre III :

Discussion

I. INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE.

A. LES INTERETS DU TRAVAIL.

L'idée de ce travail a germé lors de ma formation initiale hospitalière. Durant mes stages, ayant été sensibilisé à une méthode d'évaluation qui me semblait rigoureuse, je me suis demandé comment elle serait applicable dans mon futur exercice de ville et comment mes futurs confrères procédaient.

L'existence d'un texte de recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique en ambulatoire, formulé par l'ANAES en 1999, précisait les modalités « souhaitables » **d'évaluation de la douleur chronique.**

La présente étude permet d'avoir une image de ce qui était fait à un moment donné, dans un bassin géographique déterminé, en médecine générale, et non en milieu hospitalier.

En effet, les études concernant le milieu hospitalier sont nombreuses actuellement ; par opposition, les pratiques de ville demeurent encore peu décrites et leurs particularités ne sont pas souvent prises en compte.

Or, comme le montre le taux élevé de réponses recueillies, l'évaluation de la douleur est un sujet qui préoccupe les médecins généralistes. Trois raisons parmi d'autres peuvent être citées :

- **Une population vieillissante** allant de paire avec une augmentation de la prévalence de la douleur chronique.
- **Une prise en charge complexe de la douleur chronique** qui nécessite plusieurs consultations et intervenants (avec certaines contraintes comme la transmission de l'information d'une consultation ou d'un intervenant à l'autre).
- **Une information plus importante des patients** qui peut induire une demande plus

forte de soulagement.

B. LES LIMITES DU TRAVAIL.

Avant d'aborder ces limites, une attention particulière doit être portée sur le choix du secteur géographique : le bassin interrogé comporte encore une forte population d'anciens mineurs, population qui n'est donc pas superposable à la population générale.

1. Les limites du questionnaire.

- la douleur concerne d'abord le patient et ce type d'étude, s'adressant aux médecins, ne nous renseigne ni sur son ressenti, ni sur les bénéfices apportés par l'évaluation systématique de sa douleur ;

- le questionnaire ne prend pas en compte l'âge des médecins interrogés et ne permet donc pas de voir si les praticiens plus jeunes sont plus sensibilisés à la prise en charge de ce symptôme.

Cette donnée aurait pu être intéressante pour juger de l'efficacité des efforts fournis au niveau de la formation initiale depuis quelques années ;

- il aurait été intéressant de préciser si les praticiens utilisant les échelles le faisaient systématiquement pour chaque patient douloureux chronique ou seulement dans certains cas (selon la durée d'évolution, le type de pathologie, les retentissements psychologiques, l'échappement thérapeutique...) ;

- certains objectifs secondaires n'ont été atteints qu'en partie. Certaines données recherchées dans cette étude n'ont pu être exploitées faute de réponses complètes de la part des praticiens. Ainsi, le délai moyen d'intervention des différents acteurs et les référentiels utilisés avec ces acteurs n'ont pu être décrits. Le fait que la majorité des praticiens n'a pas répondu à ces subdivisions des questions 13 et 14 (Cf. annexe 2) indique que la rédaction de cette question est probablement en cause.

2. Les limites de l'échantillon.

- le nombre des médecins ayant répondu au questionnaire est très supérieur à la norme habituellement observée pour ce type de questionnaire qui se situe en général plutôt autour de 15 à 25 % ; ceci peut constituer un biais, le groupe interrogé étant probablement très sensible au sujet donc peut-être plus formé ou informé.

- même s'il n'y a pas eu de biais de sélection (tous les médecins géographiquement concernés et répertoriés au Conseil de l'Ordre ont été contactés), l'échantillon recueilli dans ce bassin particulier n'est pas forcément superposable à la population médicale française. Ainsi, les classes d'âges auxquelles appartiennent les praticiens n'ont pas été définies, le ratio « cabinets de ville / cabinets ruraux » n'a pas été étudié et l'étude ne comporte aucun cabinet

d'une ville de plus de 70 000 habitants.

II. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES UTILISENT-ILS LES ECHELLES D'EVALUATION ?

A. QUELLES SONT LES ECHELLES UTILISEES ?

Tous les médecins ayant répondu à ce questionnaire utilisent au moins une échelle d'évaluation de la douleur dans leur pratique quotidienne.

Cette étude semble indiquer que **les échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles** sont bien connues et fortement utilisées dans ces cabinets, même si elle ne précise pas si cela est fait de façon systématique. L'une de ces échelles est nettement plus utilisée : l'EVS. Sa facilité de compréhension et sa rapidité d'exécution semblent convenir à une majorité des praticiens interrogés.

Ces médecins appliquent donc, au moins partiellement, les recommandations de l'ANAES qui leur demande d'utiliser soit l'EVA, soit l'EVN, soit l'EVS.

Une enquête réalisée en 2003 par l'URCAM d'Ile de France (33) va dans ce sens. Elle montre que 73 % des médecins généralistes connaissaient les échelles d'évaluation unidimensionnelle de la douleur (mais par contre, ils n'étaient que 40 % à les utiliser). De même, une étude faite pour le congrès de recherche de médecine générale de 2003 (11) montre que 38,3 % utilisent des échelles d'évaluation. (6 % en 1998, 17,5 % en 1999) et que 82 % des échelles utilisées sont des échelles d'intensité.

Par opposition, ils sont très peu à utiliser **les échelles multidimensionnelles** qui semblent difficilement applicables dans leurs versions longues (et validées) comme le reconnaît d'ailleurs le texte de l'ANAES. Il en résulte que l'évaluation par les échelles se limite ici à la seule intensité de la douleur. Cependant, le questionnaire ne demandait pas aux médecins s'ils exploraient les autres composantes de la douleur par l'interrogatoire.

Les échelles d'hétéro-évaluation ne connaissent pas plus de succès que les précédentes ; ce qui ne s'oppose pas aux recommandations qui ne les préconisent pas en ambulatoire, mais pose le problème du diagnostic positif et du suivi de certains patients (personnes âgées grabataires non communicantes...) pour qui ces échelles ont été conçues et qui n'en bénéficient pas.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer leur sous-utilisation :

- la méconnaissance de ces échelles dont la diffusion a été moins large que celle de l'EVA ou de l'EVS par exemple ;
- le faible nombre de patients concernés par ces échelles dans chaque cabinet, ces patients étant encore souvent institutionnalisés ;
- le temps demandé à leur mise en œuvre ou les difficultés d'observation qu'elles génèrent (qui sont pourtant surmontées en institution).

B. COMMENT SONT TRANSCRITS LES RESULTATS DE L'EVALUATION ?

La majorité des médecins interrogés note dans le dossier médical du patient le résultat de l'évaluation effectuée, mais ils sont un nombre non négligeable à ne pas porter cette information.

Cette absence de trace peut s'avérer pénalisante dans au moins deux cas :

- lorsque le médecin est remplacé : comment le remplaçant va-t-il pouvoir s'informer de l'évolution des symptômes de façon précise s'il ne peut se reposer que sur l'interrogatoire du patient ?
- lorsque le médecin souhaite faire le point d'une stratégie thérapeutique par définition longue : se souviendra-t-il de l'évolution des symptômes de tous ses patients ?

Lorsque les résultats de l'évaluation par les échelles sont notés, ils le sont plus sous la forme de remarques que de scores ; à cela, deux explications sont possibles :

- le recours majoritaire à l'EVS qui utilise des adjectifs et n'implique pas forcément la conversion sous forme de score ;
- l'utilisation de scores n'est pas encore ancrée dans la culture du médecin traitant.

On peut s'interroger sur la précision d'une transcription uniquement linguistique lorsque les adjectifs utilisés ne sont pas communs à tous les intervenants.

C. QU'APPORTE L'UTILISATION DES ECHELLES AUX PATIENTS ?

S'il a été démontré que ces échelles évaluaient bien la douleur (Cf. paragraphe sur la validité des échelles), il peut être utile de se pencher sur leur intérêt pour le patient : qu'apporte réellement, en termes de bénéfices, l'utilisation des échelles ?

Certains auteurs, comme les Docteurs HUAS et GAY (27), ont exploré ces bénéfices de la façon suivante :

Avec le département de médecine générale de l'UFR de Créteil, ils ont conduit une étude contrôlée randomisée multicentrique auprès de 155 médecins du Collège National des généralistes enseignants, en les répartissant en deux groupes homogènes. Le premier groupe utilisait deux échelles (EVA et HAD) et l'autre fonctionnait comme d'habitude avec les patients présentant une douleur chronique de l'appareil locomoteur depuis au moins trois mois.

Le critère principal d'évaluation était le soulagement des patients, mesuré à l'aide d'un outil recommandé.

Le critère secondaire était la modification des prescriptions thérapeutiques des médecins.

L'étude a inclus 772 patients, dont 728 ont terminé l'étude.

Les résultats de cette étude sont pour le moins surprenants.

Sur une échelle numérique de soulagement de la douleur, 49,2 % des patients du groupe témoin, contre seulement 41,6 % dans le groupe « échelles », ont estimé avoir été apaisés par les antalgiques.

Pour les auteurs, *« en médecine générale, les patients douloureux chroniques ne sont pas mieux soulagés quand leur médecin utilise les outils d'évaluation de la douleur recommandés par les guidelines. L'utilisation de ces outils ne modifie pas les prescriptions antalgiques des médecins »*.

Quelles sont les hypothèses que l'on peut émettre pour expliquer ce résultat étonnant qui va à l'encontre des recommandations ?

- L'intrusion inhabituelle d'un outil de mesure dans une relation ancienne (12 ans en moyenne dans cette étude) pour évaluer une douleur chronique toute aussi ancienne (9 ans) peut avoir perturbé la relation médecin-malade. Faudrait-il en réserver l'usage aux nouveaux patients ou pour des douleurs chroniques plus récentes ?
- L'utilisation d'outils objectivant la douleur peut avoir provoqué une modification de la perception de celle-ci chez les patients du groupe « échelles ». Faudrait-il refaire une étude chez des patients habitués à l'utilisation de ces échelles ?
- Les médecins du groupe « échelles » avaient bénéficié d'une formation, et l'emploi des échelles était standardisé. Malgré cela, ont-ils correctement utilisé ces outils ?
- L'utilisation d'échelles à seulement deux reprises (à un mois d'intervalle) est peut-être insuffisante pour mesurer leur impact. Faudrait-il multiplier les évaluations sur une plus longue période ?
- L'évaluation des échelles seules, sans évaluation de l'entretien qui l'entoure, pourrait ne pas suffire : il faut peut-être considérer l'efficacité de l'évaluation de la douleur dans son ensemble et les échelles n'en sont qu'une des composantes !
- Il peut s'agir d'un effet « étude » qui veut que tout travail de recherche modifie en lui-même les pratiques médicales, les comportements des patients et donc, les résultats. Même si elle n'est pas significative, la diminution parallèle de tous les types de prescriptions observée dans les deux groupes et d'une consultation à l'autre va dans ce sens.

Sans remettre en cause la pertinence institutionnelle des outils recommandés, cette étude montre qu'il reste à les valider en ambulatoire, et en particulier en médecine générale, et qu'une transposition à la ville des techniques hospitalières n'est pas forcément suffisante.

III. LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES TRAVAILLENT-ILS SEULS ?

Le panel des médecins interrogés n'hésite pas à s'entourer de professionnels permettant un

suivi et une réévaluation de la pathologie douloureuse chronique.

Cependant, il n'existe pas dans ce secteur de prise en charge organisée pluridisciplinaire : les différents partenaires sont contactés directement par le praticien ou le patient (ou sa famille) et interviennent donc plutôt en tant que consultants ; il n'y a pas de travail en équipe réellement coordonné.

A. AVIS MEDICAUX.

Les centres anti-douleur sont les partenaires privilégiés des médecins généralistes dans le cadre du suivi du patient douloureux chronique.

La relation avec ces centres semble d'ailleurs les satisfaire car, malgré des délais d'attente réputés longs, ils jugent plutôt optimal le délai de prise en charge dans ces structures.

Cette forte demande de consultation de la douleur peut traduire plusieurs aspects :

- les médecins recherchent un avis expert qui viendra confirmer ou modifier la perception qu'ils ont de la douleur de leur patient (et de sa prise en charge) ;
- ils envoient leurs patients pour une prise en charge pluridisciplinaire quand celle-ci devient plus difficile à mettre en œuvre en ville ;
- ils connaissent bien l'existence de ces structures anti-douleur (ce qui n'était pas forcément le cas il y a quelques années).

Le médecin spécialisé hospitalier (hors centre anti-douleur) reste un partenaire privilégié, même si son avis dans ce contexte est moins sollicité.

Cela peut sembler étonnant : en effet, si l'on prend l'exemple de la lombalgie chronique, on pouvait s'attendre à ce que le rhumatologue soit plus souvent cité que le spécialiste de la douleur. Il en irait de même pour les douleurs liées aux pathologies neurologiques, viscérales, orthopédiques ou post-chirurgicales notamment.

Son rôle est peut-être ici sous-estimé :

- intervient-il plutôt au cours du diagnostic étiologique et différentiel initial ?
- est-il sollicité lors des hospitalisations pour d'autres motifs que la douleur chronique ?
- privilégie-t-on son avis avant qu'une prise en charge pluridisciplinaire ne soit jugée indispensable ?

B. AVIS PARAMEDICAUX ET AUTRES.

Les avis des effecteurs, tels les infirmiers et les kinésithérapeutes, sont moins pris en compte pour l'évaluation de la douleur. Ils sont visiblement privilégiés dans leur rôle de techniciens plutôt que dans celui de consultants évaluant l'intensité de la douleur chronique.

Cela pose le problème du suivi de la douleur chronique en ville : alors qu'en institution, les personnels paramédicaux s'astreignent à noter les résultats de l'évaluation de la douleur dans le dossier du malade, la situation à domicile semble très différente.

Quelles modifications doit-on réaliser ?

Est-il possible de systématiser l'évaluation de la douleur du patient par le personnel infirmier à domicile ?

Les praticiens doivent-ils sensibiliser les infirmiers qu'ils côtoient à cette évaluation ?

Ces questions sont d'autant plus importantes que le délai d'action de ces partenaires est très apprécié (ce qui était attendu, étant donné leur mode de fonctionnement : le patient ou la famille appelle et le soignant voit le malade dans la semaine le plus souvent).

Enfin, les praticiens pouvaient citer les autres intervenants sollicités. Mais ils n'ont mentionné ni les psychologues, ni les ergothérapeutes qui sont pourtant des acteurs privilégiés dans l'évaluation de certaines composantes de la douleur et notamment son retentissement.

Comment expliquer cette attitude des médecins généralistes ?

- pensent-ils à les faire intervenir ?
- savent-ils comment détecter et faire accepter une aide psychologique ?
- attendent-ils l'avis du médecin de la douleur pour leur envoyer leurs patients ?
- trouvent-ils dans leur environnement suffisamment de ces personnels ?
- estiment-ils que leur recours est uniquement du ressort d'une équipe de centre antidouleur ?

C. LES MODES DE COMMUNICATION.

La communication entre les différents partenaires se fait actuellement surtout par courrier et téléphone.

Ces modes de communication ont chacun leurs avantages et inconvénients :

- pour le courrier : relative lenteur et manque de réactivité mais facilité d'utilisation et persistance de traces (permettant de garder une historique) ;
- pour le téléphone : rapidité, réactivité, facilité d'usage mais difficulté à organiser une discussion à plus de deux intervenants et absence de persistance de l'information.

On peut s'interroger sur l'impact des nouvelles technologies dans l'amélioration de la communication entre les divers partenaires.

- en quoi des technologies comme la vidéoconférence, internet (cite Web des centre anti-douleur, forums réservés aux médecins...) notamment, pourraient servir l'intérêt des patients en permettant une discussion pluridisciplinaire en temps réel ?

- y aurait-il avantage à les intégrer dans un réseau ?

Dernier point, comme vu précédemment, l'utilisation de scores validés avec les partenaires est encore minoritaire. On peut s'interroger sur les conséquences en termes de précision et de prise en charge.

D. LE CONCEPT DE RESEAUX, UNE SOLUTION POSSIBLE ?

Comme nous venons de le voir, dans ce secteur, le médecin de ville, qui se trouve au centre de la prise en charge et de l'évaluation de la douleur chronique, organise l'intervention des divers partenaires, mais cela, sans qu'il y ait de structure déterminée, ni forcément de référentiel commun.

Pour remédier à cette situation, dans certaines régions, les praticiens hospitaliers et libéraux ont préféré concevoir un réseau bien défini, avec des règles précises.

C'est le cas notamment du réseau LCD, créé en janvier 1995 sous la forme d'une association loi 1901.

Il regroupe des médecins libéraux généralistes et spécialistes de la région parisienne.

Il entend promouvoir un réseau de soins ayant pour objet l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, quelle que soit son origine (lombalgies, céphalées, migraine, fibromyalgies et autres douleurs non étiquetées).

Son action et les bénéfices apportés ont été étudiés par le Docteur Esther KOUBY SOYEUX (18).

Y a-t-il un intérêt à développer un tel réseau dans le secteur étudié?

Pour apporter des éléments de réponse, il faudrait éclaircir certains points :

- **Les médecins sont-ils concernés par le sujet ?**

Vu le taux de réponse reporté plus haut et la prévalence de la douleur chronique, il semble évident que le sujet concerne les praticiens de ce bassin.

- **Dans quelle mesure sont-ils prêts à s'impliquer ?**

Seule une enquête complémentaire serait en mesure de préciser cette donnée non explorée par l'étude.

- **Y a-t-il un intérêt pour les praticiens ?**

L'enquête réalisée en 2001 au niveau du réseau LCD (18) met en évidence divers points positifs perçus par les généralistes interrogés :

- des **avis téléphoniques** peuvent être donnés rapidement aux adhérents : le réseau LCD propose depuis sa création une assistance téléphonique dénommée : « **algovigilance** » ;

- une **liste de médecins généralistes et spécialistes** de ville ayant une orientation douleur (avec leurs coordonnées) figure sur un fichier du réseau et facilite la prise d'avis rapide à proximité du lieu d'habitation du patient ;
- une **liste de paramédicaux** (une psychologue, une psychothérapeute comportementaliste, un kinésithérapeute et une pharmacienne) ayant les mêmes caractéristiques est disponible ;
- une **réunion mensuelle de discussion de dossier** est ouverte à tout médecin et professionnel de santé qui peut soumettre un cas clinique. Elle permet une discussion pluridisciplinaire des membres présents ;
- **des sessions de formation** sont proposées avec une réunion trimestrielle de 2 h 30 (en soirée), dite de perfectionnement, sur un thème choisi lors des réunions de discussion. Elle est proposée à l'ensemble des membres du réseau.

Pour le Docteur Esther KOUBY SOYEUX (18), des améliorations de ce réseau sont envisageables :

- **l'information par l'intermédiaire d'un site internet** permettrait la circulation des données et les échanges entre l'ensemble des acteurs du réseau ;
- **le serveur du réseau pourrait être partiellement ouvert aux professionnels extérieurs**. On y trouverait : des informations générales, un système d'auto-évaluation des connaissances et des pratiques, des référentiels de bonne pratique, des protocoles validés, un forum de discussion...

➤ **Y a-t-il un intérêt pour les patients ?**

- une adhésion plus formelle au fonctionnement en réseau **pourrait permettre au patient de se sentir mieux écouté** au niveau de sa plainte douloureuse ; il serait intéressant d'apprécier la satisfaction vis à vis de ce fonctionnement ;
- la prise en charge organisée de façon globale devrait **éviter les redondances, les effets pervers du nomadisme médical** et permettre ainsi un gain de temps précieux.

Pour s'assurer de ces effets positifs, et au final d'une amélioration de l'état du patient, des études doivent être réalisées auprès des réseaux existants.

➤ **Y a-il un intérêt pour les services de consultation de la douleur ?**

- la grande difficulté pour les structures douleur hospitalières est de répondre à la demande: le délai d'attente est d'environ trois mois. Il n'y a pas de sectorisation pour ce type de prise en charge, les patients adressent souvent des courriers à plusieurs centres et se rendent à la consultation la plus proche dans le temps ;
- une structure en réseau, type LCD, peut **permettre de mieux organiser le flux des malades en consultations**, les médecins traitants remplissant leur fonction avec toutes les informations utiles. Ainsi, les centres de traitement de la douleur n'interviendraient que lorsque la situation semble échapper au médecin traitant.

Les avantages d'une telle structure dépendront vraisemblablement des règles

définissant le réseau et seront à évaluer par les différents partenaires.

➤ **Y a-il des contraintes économiques pouvant s'opposer à la réalisation d'un réseau ?**

Comme toute structure, elle nécessite un budget de fonctionnement qui doit être évalué avec les différents partenaires de santé et les intervenants financiers.

IV. EXISTE-T-IL UNE DIFFERENCE DANS LES PRATIQUES ENTRE LES GROUPES « MEDECINS FORMES » ET « MEDECINS NON FORMES » (DANS LE CADRE D'UNE FORMATION ORGANISEE) ?

A. LES LIMITES ET LES APPORTS DE LA FORMATION ORGANISEE.

La formation médicale continue est considérée comme un des axes d'amélioration de la qualité des soins.

Il semblait utile de voir quel était son apport dans l'évaluation de la douleur. Or, contrairement aux attentes, la formation organisée ne modifie pas fondamentalement les comportements dans le groupe interrogé, en ce qui concerne les paramètres testés.

Ainsi, les échelles ne sont pas plus utilisées par les médecins formés (l'EVS l'est même moins), et les résultats ne sont pas plus notés dans le dossier médical.

Les partenaires ne sont pas consultés plus souvent et les outils de communication sont similaires.

Par contre, les praticiens du groupe formation utilisent plus que les autres les référentiels validés (scores liés aux échelles citées plus haut) avec les médecins de la douleur et les spécialistes hospitaliers. L'utilisation des résultats de l'évaluation de la douleur (par les scores) est, semble-t-il, mieux maîtrisée par les praticiens formés qui ont donc intégré deux des intérêts des échelles : rendre quantifiable un symptôme par définition subjectif et faciliter la communication avec les autres intervenants.

Si la présente étude ne met pas en évidence de différence quant à l'utilisation des échelles entre les deux groupes, certains auteurs ayant testé l'efficacité des formations arrivent à la conclusion plus attendue d'une amélioration de la prise en charge globale de la douleur.

Ainsi l'étude « e.Dol » (7), quant à elle, a montré que plus les généralistes sont formés à la prise en charge de la douleur, mieux leurs patients sont soulagés.

D'autre part en 1998, l'union régionale des médecins libéraux d'Alsace a réalisé une enquête auprès de 400 médecins généralistes (6), afin d'analyser la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. A cette occasion, 80 % des médecins estimaient indispensable une formation dans ce domaine.

B. HYPOTHESES.

Sans remettre en cause l'intérêt d'une formation continue très demandée qui, de plus, répond à une obligation déontologique³ et légale⁴, cette stabilité dans les pratiques des deux groupes nous incite à nous interroger sur quelques points :

- Les objectifs des formations correspondent-ils aux besoins des praticiens ?
- L'intérêt des outils d'évaluation de la douleur proposés et enseignés au cours de ces formations est-il clair pour ces praticiens ? Ces outils sont-ils en adéquation avec les contraintes d'un cabinet de ville ?
- Les médecins n'ayant pas suivi de formation organisée sur le sujet compensent-ils ce manque par des lectures plus nombreuses ?
- Ces dernières années, les formations ont-elles été plus axées sur la thérapeutique (notamment sur l'utilisation des morphiniques) que sur l'évaluation de la douleur ?

Suite à ces réflexions se pose le problème du cahier des charges des formations sur la douleur.

- Quelle place donner à l'évaluation de la douleur dans une formation plus vaste concernant la prise en charge globale du patient douloureux chronique ?
- De quelle durée doivent être les séances de formation ?
- Faut-il réaliser des séances de rappel ? Si oui, au bout de combien de temps ?

V. LE TYPE ET LE NOMBRE DE PATIENTS EXAMINES MODIFIENT-ILS LES PRATIQUES CONCERNANT L'EVALUATION DE LA DOULEUR ?

A. INFLUENCE DU NOMBRE DE PATIENTS EXAMINES PAR JOUR.

Le facteur temps est généralement cité comme un frein à l'amélioration des pratiques médicales. L'indicateur utilisé ici pour l'évaluer a été le nombre de patients examinés par jour.

A priori, il semblerait logique de trouver une influence de ce paramètre :

- **sur l'utilisation des échelles et sur le type d'échelles utilisées** : plus un praticien

³ Selon l'article 11 du code de déontologie médicale, les médecins sont tenus « d'entretenir et de perfectionner [leurs] connaissances », la formation continue des médecins est pour eux un « devoir professionnel »

⁴ Depuis la loi du 4 mars 2002, elle est devenue une obligation pour tout médecin.

dispose de temps à consacrer à son patient, plus il peut utiliser des outils variés ;

- **sur les partenaires consultés** : n'ayant pas le temps d'utiliser des échelles complexes ou de se former à leur utilisation, il déléguera peut-être plus ;
- **sur la formation** : un praticien qui finit ses journées tard sera peut être moins disposé à aller en formation après ses consultations.

Or il ne semble y avoir aucun lien entre le nombre de patients examinés et les paramètres mesurés !

Les praticiens interrogés semblent passer outre ce handicap et les médecins les plus consultés font aussi bien que leurs confrères concernant l'évaluation de la douleur.

Hypothèses :

- les diverses campagnes de sensibilisations menées par les pouvoirs publics depuis une dizaine d'années et le fort taux d'information (100 % des médecins interrogés ont reçu une formation concernant l'évaluation de la douleur, sous forme de revue ou de formation organisée) peuvent peut-être expliquer cela ;
- l'intérêt que les généralistes montrent pour le sujet peut expliquer que l'évaluation ne soit pas dégradée même s'ils sont *surchargés* ;
- dans le groupe observé, il aurait peut-être fallu séparer ce que l'on appelle les très gros cabinets (plus de 40 patients vus par jour) pour observer une différence.

B. INFLUENCE DU NOMBRE DE PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES.

A priori, plus un médecin est confronté à une situation (ici la douleur chronique), plus il va être sensible à sa prise en charge.

Ainsi, il aurait pu sembler logique de trouver une influence du nombre de patients douloureux chroniques examinés :

- **sur l'utilisation des échelles et sur le type d'échelles utilisées** : un praticien plus confronté à un sujet utilise-t-il plus les outils pour le mesurer ?
- **sur les partenaires consultés** : un praticien examinant de nombreux patients douloureux chroniques contactera-t-il les mêmes partenaires que son homologue moins concerné ?
- **sur la formation** : les médecins plus concernés se forment-ils plus pour mieux répondre aux besoins de leurs malades ?

Dans les faits, cette étude montre que, dans l'échantillon considéré, le fait de voir plus de patients douloureux chroniques n'augmente pas de façon significative l'utilisation des

échelles d'évaluation de la douleur.

Autre fait étonnant, ce groupe de praticiens n'est pas plus formé et les autres paramètres étudiés ne sont pas modifiés.

Hypothèses :

- Les diverses campagnes de sensibilisations menées par les pouvoirs publics peuvent expliquer que même les médecins voyant peu de patients douloureux chroniques les prennent en charge aussi bien que les autres.
- Le fort taux d'information (décrit plus haut) peut être évoqué comme un facteur gommant les différences de prise en charge entre les deux groupes.

CONCLUSION

Le médecin généraliste a une place privilégiée dans le diagnostic positif et le suivi du patient douloureux chronique.

Paradoxalement, il existe relativement peu d'études sur les particularités liées à ce mode d'exercice et sur l'application des recommandations existantes. C'est dans ce contexte que l'enquête menée auprès des médecins généralistes des bassins de Briey, Hayange et Longwy a permis de dégager plusieurs points.

Si les échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles sont plébiscitées, leurs homologues multi-dimensionnelles sont sous-utilisées. Il en va de même pour les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur chez le patient non communicant, qui sont quasiment ignorées.

On peut s'interroger quant à l'intérêt de la conception d'outils plus simples, rapides à utiliser et mieux diffusés, permettant un suivi régulier de chaque type de malade.

En ce qui concerne le travail pluridisciplinaire (dans le cadre de cette évaluation de la douleur chronique), il passe majoritairement par les structures anti-douleur et dans une moindre mesure par les spécialistes d'organes.

Les personnels paramédicaux ne sont pas suffisamment mis à contribution contrairement à ce qui est fait à l'hôpital où ils représentent l'un des pivots du suivi du patient douloureux chronique.

La mise en place de structures organisées, améliorant la relation ville/hôpital, pourrait être à envisager. C'est ainsi que certaines régions ont développé des réseaux permettant une hiérarchisation de la prise en charge et un échange plus rapide et simplifié avec les divers partenaires.

Pour ce qui est de la formation : si sa nécessité ne doit pas être remise en cause, cette étude met en évidence l'importance de la définition d'un cahier des charges précis. Son efficacité et

les bénéfices qu'elle apporte aux patients doivent également être évalués, ce qui est encore trop rarement réalisé.

La formation devrait en effet induire une modification du comportement des praticiens avec, à la clef, un meilleur diagnostic positif et un meilleur suivi, en particulier chez les patients non communicants, actuellement insuffisamment pris en charge.

Il pourrait être intéressant de réaliser des études à plus grande échelle concernant les particularités de la médecine générale. Elles permettraient de définir une méthodologie adaptée plutôt qu'une simple transposition de méthodes hospitalières qui, retirées de leur contexte, doivent prouver leur efficacité dans un environnement pour lequel elles n'ont pas été conçues.

Le résultat de ces travaux futurs devrait permettre une meilleure prise en charge de la douleur chronique. Le médecin traitant doit pouvoir facilement faire intervenir tous les partenaires utiles, à bon escient, quels que soient son lieu et son mode d'exercice.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Society of Anesthésiologists

Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthésiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section.

Anaesthesiology 1997; 86 : 995-1004

2. ANAES

Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, février 1999

http://www.has-sante.fr/anaes/publications.nsf.wEdition/RA_LILF-446HDU

<http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf>

3. ANDEM

Recommandations pour la pratique clinique : la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire.

Guide pour le praticien, Concours médical, 19/10/1996, supplément au numéro 34, 32 p.

4. BECK A.T., TEER R.A., GARBIN M.G.

Psychometric properties of the BECK Depression Inventory : twenty-five years of evaluation
Clinical psychology revu 1988, 8, 77-100.

5. BEECHER

Measurement of subjective response.

Oxford university press.

New York 1959.

6. BLANCHARD-VIGNON Odile, DE BLAUWE Anne, LION Alain

Prise en charge de la douleur chronique des sujets âgés à domicile : une enquête sur la pratique et les besoins des médecins généralistes alsaciens.

Revue du Praticien Médecine Générale, 1999, 13, 473, 1603-1606.

7. BOUREAU F., BERTIN P., CHASSANY O. et coll.

Impact d'une formation à la prise en charge de la douleur en médecine générale sur l'évolution de la douleur de patients souffrant d'arthrose des membres inférieurs.

15^{ème} journée francophone de pédagogie médicale, Nancy, avril 2003.

8. BOUREAU F., MAI L., DOURRERE J.F.
Comparative study of our french Mc GILL questionnaire versions
PAIN 1992, 50, 59-65.
9. BOUREAU F.
Pratique du traitement de la douleur.
Doin Paris 1988.
10. CORNET Claudine
Evaluation de la douleur aiguë chez l'adulte.
http://www.uhp-nancy.fr/pages/2°_cycle/2ecycle.html
2005.
11. Département de médecine générale de Necker (Paris V)
DEBUTRIE I. de la, GHASAROSSIAN C.
3^{ème} congrès international de médecine générale.
Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur chronique en soins primaires.
12. FORDIS M., KING J.E., BALLANTYNE C.M. et coll.
Comparison of the Instructional Efficacy of Internet-Based CME with Live Interactive CME Workshops: a randomized controlled trial.
JAMA, septembre 2005 ; 294 : 1043-51.
13. GUELFY J.D.
DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
Masson ; 1997, 1008 p.
14. HARSTALL C., OSPINA M.
How prevalent is chronic pain.
Pain clinical updates, IASPD, XI, June 2003.
15. INSEE
Bilan démographique 2005.
http://www.insee.fr/fr/ffc/pop_age4.htm
16. INSERM
RIBAU C.
Au-delà de son versant physiopathologique, quels problèmes la douleur pose-t-elle dans le contexte de la relation soignant-soigné ?
<http://www.infodoc.inserm.fr/ethique:Ethique.nsf/>
17. JENSEN M.P., KAROLY P.
Self-report scales and procedures for assessing pain in adults.
In : Turk DC, MELZACK R., editors. Handbook of pain assessment. New York : The Guilford Press ; 1992, p. 135-51.
18. KOUBY SOYEUX Esther
Contribution à la mise en place d'un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des patients douloureux chroniques ; 90 p.
Thèse médecine, Paris 6 : 2002; n° 1001.

19. KOUBY SOYEUX E., BOUREAU F.
Prise en charge de la douleur chronique en ambulatoire.
Revue Alpha Med. n° 13, Paris, 2000.
20. LEPINE J.P.
L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale).
L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1.
Boulogne : éditions médicales Pierre Fabre, 1993, 367-374.
21. MAARAAWI Joseph, MERTENS Patrick, SINDOU Marc
Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique.
Revue du praticien, 2003, 53, 4, 453-459.
22. MEANA M., CHO R., DESMEULES M.
Rapport de surveillance de la santé des femmes : Douleur chronique : Fardeau supplémentaire sur les Canadiennes.
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_16_f.html
décembre 2003.
23. MELZACK R.
The Mac Gill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods.
Pain, 1975, 1, 277-299.
24. Ministère de la Santé et de la solidarité
Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010).
http://www.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/index.htm
25. MULLER
Evaluation des douleurs.
http://www.ulpmmed.ustrasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/anesthesie/ModMuller2.pdf
2003.
26. ONCOLOR
Référentiels : Prise en charge de la douleur chez l'adulte.
http://www.oncolor.org/referentiels/support/doul_eval.htm
27. POUCHAIN D., HUAS D., GAY D.
Echelles d'évaluation de la douleur : leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact sur le soulagement des patients douloureux chroniques ?
Revue du Praticien Médecine Générale, 2002, 16, 1299-1303.
28. QUENEAU Patrice, OSTERMANN Gérard
Le médecin, le malade et la douleur (3^{ème} édition).
Paris : Masson, 1993-2000, 527 p.
29. SALAMAGNE Hélène, POURCHET Sylvain
Douleurs en fin de vie.
Revue du Praticien, 1999, 49, 10, 1044-1048.

30. Société Française de Gériatrie en collaboration avec la Société Française d'Etude de la Douleur

Douleurs et personnes âgées : repérer, évaluer et organiser une prise en charge de qualité ; (Colloque du 24/03/2005 ; Paris 7^{ème}).

La Revue de Gériatrie, 2005, 30, supplément au n° 6, 43 p.

31. Société Française de Santé Publique

LOTHON-DEMERLIAC Cécile, LAURENT-BEQ Anne, MAREC Pauline

Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/sfsp.pdf>

32. Société Scientifique de Médecine Générale

VANHALEWIN M., CEREXHE F.

La douleur chronique : recommandation de bonne pratique (octobre 2004).

http://www.ssmg.be/new/files/RBP_douleurChronique.pdf

33. URCAM Ile de France

Prise en charge de la douleur chronique en Ile de France, 2003.

<http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/7017.0.html>

34. VIBES J.

Les douleurs neuropathiques (1^{ère} édition).

Paris : Masson, 2002, 178 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Echelles	92
ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes	110
ANNEXE 3 : Tests complémentaires du χ^2	113
ANNEXE 4 : Description de l'étude «Idée-Douleur» des docteurs GAY, HUAS et POUCHAIN	114

ANNEXE 1 : Echelles

ANNEXE 1.1. : Echelle Numérique Simple

Douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

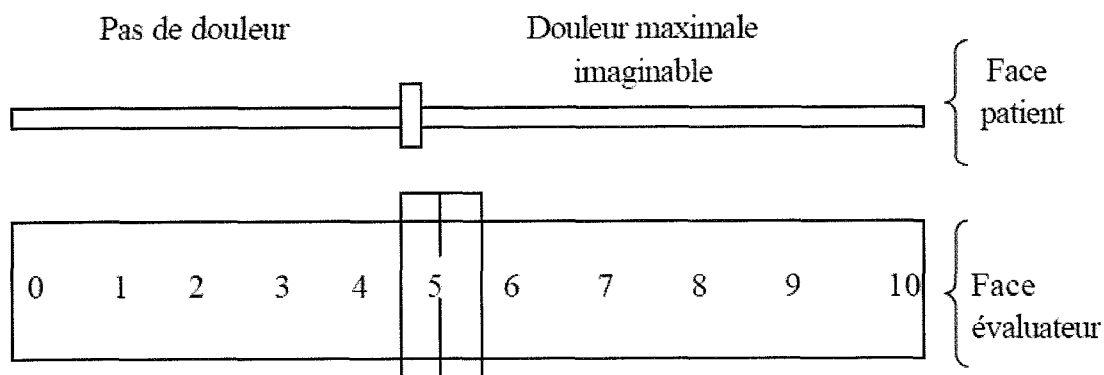
ANNEXE 1.2. : Echelle Verbale Simple

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

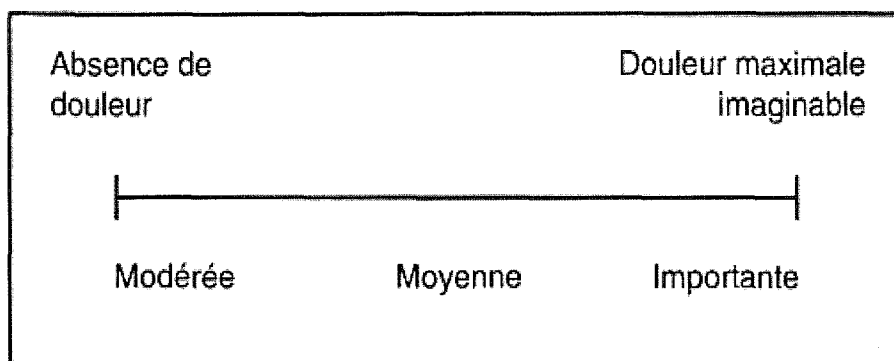
Douleur au moment présent :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

ANNEXE 1.3. : EVA ou Echelle Visuelle Analogique : ses différentes formes

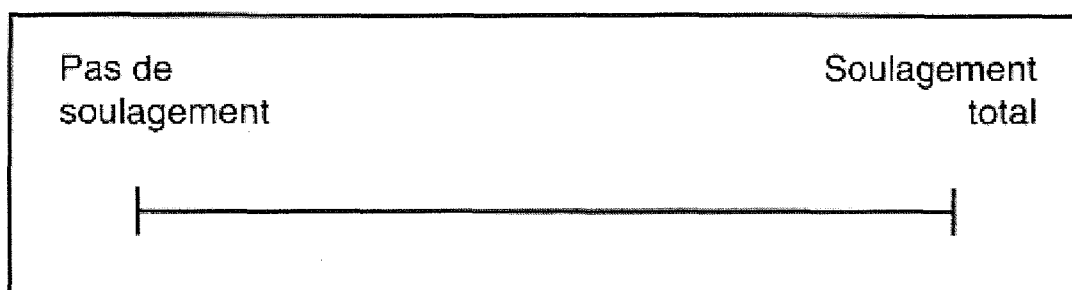
a) Echelle EVA horizontale (réglette réutilisable)



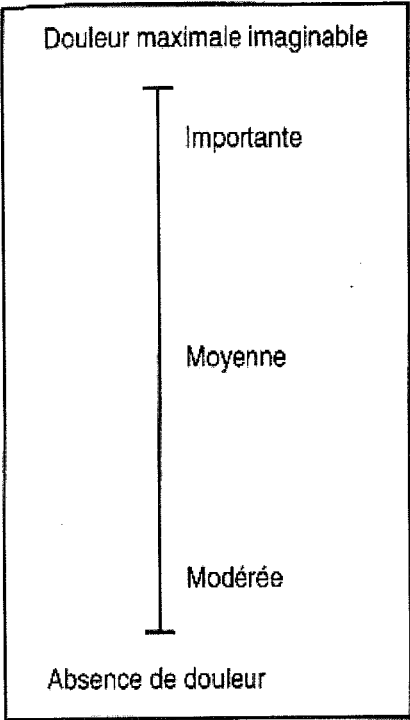
b) Echelle EVA à qualificatifs dits étalés



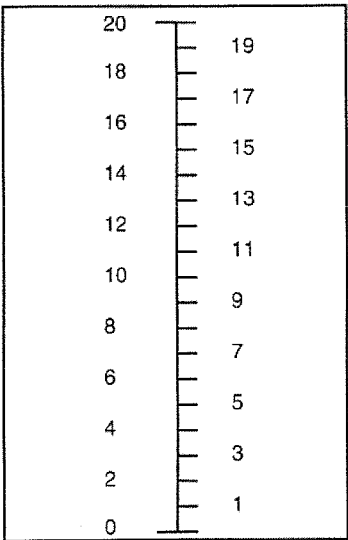
c) Echelle EVA en pourcentage de soulagement



d) Echelle EVA à qualificatifs étagés



e) Echelle EVA dite graduée



ANNEXE 1.4. : Echelle DOLOPLUS 2

Nom :	EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE Echelle Doloplus-2®
Prénom :	
Service :	

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
A. RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• Pas de plainte.....	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	• Pas de protection.....	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	• Mimique habituelle.....	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3	3	3	3
5. Sommeil	• Sommeil habituel.....	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

(suite

OBSERVATION COMPORTEMENTALE		Dates			
B. RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées..... • Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) • Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels..... • Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées..... • Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...) • Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements)..... • Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
1. RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	• Inchangée..... • Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)..... • Diminuée (la personne s'isole)..... • Absence ou refus de toute communication.....	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) • Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation • Refus partiel de participation aux différentes activités • Refus de toute vie sociale	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• Comportement habituel • Troubles du comportement à la sollicitation itératifs • Troubles du comportement à la sollicitation permanents • Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
		(1) SCORE			

ANNEXE 1.5. : Echelle Saint Salvador

ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Semble se manifester plus que d'habitude*

2 : *Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux*

3 : *Pleurs et/ou cris spontanés et tout fait inhabituels*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)*

ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense).

0 : *Réaction habituelle*

1 : *Semble réagir de façon inhabituelle*

2 : *Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel*

3 : *Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement*

4 : *Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs*

ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Faciès inquiet inhabituel*

2 : *Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux*

3 : *Mimique douloureuse spontanée*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)*

ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact).

0 : *Réaction habituelle*

1 : *Semble redouter le contact d'une zone particulière*

2 : *Protège une région précise de son corps*

3 : *Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs*

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs

ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (gémît au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Semble plus geignard que d'habitude*

2 : *Geint de façon inhabituelle*

3 : *Gémissements avec mimique douloureuse*

4 : *Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs*

ITEM 6 : Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent).

0 : Se manifeste comme d'habitude

1 : Semble moins intéressé que d'habitude

2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité

3 : Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations

4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt

ITEM 7 : Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...).

0 : Manifestations habituelles

1 : Semble plus raide que d'habitude

2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux

3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse

4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité).

0 : Se manifeste comme d'habitude

1 : Semble moins impliqué dans la relation

2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact

3 : Refus inhabituel de tout contact

4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication

ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...).

0 : Manifestations habituelles

1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés

2 : Etat d'agitation inhabituel

3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse

4 Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant.

0 : Position de confort habituelle

1 : Semble moins à l'aise dans cette posture

2 : Certaines postures ne sont plus tolérées

3 : Soulagé par une posture inhabituelle

4 : Aucune posture ne semble soulager

FAIRE LE TOTAL SUR 40 :

A partir de 6, la douleur est certaine, il faut traiter (à partir de 2, il y a un doute)

ANNEXE 1.6. : Grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né

Item 1 : visage

- 0 : visage détendu
- 1 : grimaces passagères : froncement des sourcils, lèvres pincées, plissement du menton, tremblement du menton
- 2 : grimaces fréquentes, marquées ou prolongées
- 3 : crispation permanente ou visage prostré, figé ou violacé

Item 2 : corps

- 0 : détendu
- 1 : agitation transitoire, assez souvent calme
- 2 : agitation fréquente mais retour au calme possible
- 3 : agitation permanente : crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée avec corps figé

Item 3 : sommeil

- 0 : s'endort facilement, sommeil prolongé, calme
- 1 : s'endort difficilement
- 2 : se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité
- 3 : pas de sommeil

Item 4 : relation

- 0 : sourit aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute
- 1 : appréhension passagère au moment du contact
- 2 : contact difficile, cri à la moindre stimulation
- 3 : refuse le contact, aucune relation possible. Hurlements ou gémissements sans la moindre stimulation

Item 5 : réconfort

- 0 : n'a pas besoin de réconfort
- 1 : se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion
- 2 : se calme difficilement

ANNEXE 1.7. : Echelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA)

Nom : Prénom : Service : Date :	SCORE TOTAL (sur 32) :
--	------------------------

I OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée 2° POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude* 4° RELATION A AUTRUI Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*
* : se référer aux jours précédents ** : ou prostration	
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle	

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

ANNEXE 1.8. : Echelle Douleur Enfant Gustave ROUSSY (DEGR)

Date :

Nom de l'examineur :

ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS

Spontanément, l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. A évaluer lorsque l'enfant est **SANS ACTIVITE PHYSIQUE**, allongé ou assis. **A NE PAS CONFONDRE** avec l'attitude antalgique dans le mouvement.

COTATION

- 0 : Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.
- 1 : L'enfant semble éviter certaines positions.
- 2 : L'enfant **EVITE** certaines positions mais n'en paraît pas gêné.
- 3 : L'enfant **CHOISIT** une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.
- 4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.

ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITE

Concerne la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voix.

A étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

COTATION

- 0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.
- 1 : L'enfant paraît un peu terne, éteint.
- 2 : Au moins un des signes suivants :
Traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.
- 3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
- 4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

ITEM 3 : PROTECTION SPONTANEE DES ZONES DOULOUREUSES

En permanence, l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

COTATION

- 0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.
- 1 : L'enfant évite les heurts violents.
- 2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.
- 3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.
- 4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES

Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.

COTATION

- 0 : Pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.
- 1 : Plaintes « neutres » :
 - sans expression affective (dit en passant « j'ai mal... »)
 - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).
- 2 : Au moins un des signes suivants :
 - a suscité la question « qu'est-ce que tu as, tu as mal ? »
 - voix geignarde pour dire qu'il a mal
 - mimique expressive accompagnant la plainte.
- 3 : En plus de la **COTATION 2**, l'enfant :
 - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal
 - a demandé un médicament.
- 4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT

Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps.

A rechercher au cours **d'ENCHAINEMENTS DE MOUVEMENTS** (ex. la marche) éventuellement sollicités.

A NE PAS CONFONDRE avec la lenteur et rareté des mouvements.

COTATION

- 0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.
- 1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.
- 2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.
- 3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.
- 4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

ITEM 6 : DESINTERET POUR LE MONDE EXTERIEUR

Concerne l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

COTATION

- 0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.
- 1 : L'enfant s'intéresse à son environnement mais sans enthousiasme.
- 2 : L'enfant s'ennuie facilement mais peut être stimulé.
- 3 : L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.
- 4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

ANNEXE 1.9. : Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

(auteurs : A.S. ZIGMOUND et R.P. SNAITH. Traduction française : J.P. LEPINE)

Entourez votre réponse

A. Je me sens tendu ou énervé :

- 3. la plupart du temps
- 2. souvent
- 1. de temps en temps
- 0. jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0. oui tout autant
- 1. pas autant
- 2. un peu seulement
- 3. presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3. oui, très nettement
- 2. oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1. un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0. pas du tout

D. Je ris facilement et je vois le bon côté des choses :

- 0. autant que par le passé
- 1. plus autant qu'avant
- 2. vraiment moins qu'avant
- 3. plus du tout

A. Je me fais du souci :

- 3. très souvent
- 2. assez souvent
- 1. occasionnellement
- 0. très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

- 3. jamais
- 2. rarement
- 1. assez souvent
- 0. la plupart du temps

A. Je peux rester assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0. oui, quoi qu'il arrive
- 1. oui, en général
- 2. rarement
- 3. jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3. presque toujours
- 2. très souvent
- 1. parfois
- 0. jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0. jamais
- 1. parfois
- 2. assez souvent
- 3. très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3. plus du tout
- 2. je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- 1. il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0. j'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3. oui, c'est tout à fait le cas
- 2. un peu
- 1. pas tellement
- 0. pas du tout

D. Je me réjouis d'avance de faire certaines choses :

- 0. autant qu'avant
- 1. un peu moins qu'avant
- 2. bien moins qu'avant
- 3. presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3. vraiment très souvent
- 2. assez souvent
- 1. pas très souvent
- 0. jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- 0. souvent
- 1. parfois
- 2. rarement
- 3. très rarement

Total anxiété (A) :

Total dépression (D) :

Sont considérés comme valeur seuil dans chaque sous-échelle :

-10 dans un objectif de spécificité ;

-8 dans un objectif de sensibilité

Un score global de 19 ou plus traduit un épisode dépressif majeur ; un score global de 13 correspond à des troubles de l'adaptation et aux dépressions mineures.

ANNEXE 1.10. : Echelle de BECK

1. Tristesse

0. je ne me sens pas triste
1. je me sens très souvent triste
2. je suis tout le temps triste
3. je suis si triste et si malheureux (se) que ce n'est pas supportable

2. Pessimisme

0. je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir
1. je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir
2. je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
3. j'ai le sentiment que l'avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

3. Echecs dans le passé

0. je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e)
1. j'ai échoué plus souvent que j'aurais dû
2. quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
3. j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie

4. Perte de plaisir

0. j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent
1. je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qui me plaisent
2. j'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement
3. je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement

5. Sentiment de culpabilité

0. je ne me sens pas particulièrement coupable
1. je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
2. je me sens coupable la plupart du temps
3. je me sens tout le temps coupable

6. Sentiment d'être puni(e)

0. je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
1. je sens que je pourrais être puni(e)
2. je m'attends à être puni(e)
3. j'ai le sentiment d'être puni(e)

7. Sentiments négatifs envers soi même

0. mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
1. j'ai perdu confiance en moi
2. je suis déçu(e) par moi-même
3. je ne m'aime pas du tout

8. Attitude critique envers soi

- 0. je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude
- 1. je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
- 2. je me reproche tous mes défauts
- 3. je me reproche tous les malheurs qui arrivent

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0. je ne pense pas du tout à me suicider
- 1. il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas
- 2. j'aimerais me suicider
- 3. je me suiciderais si l'occasion se présentait

10. Pleurs

- 0. je ne pleure pas plus qu'avant
- 1. je pleure plus qu'avant
- 2. je pleure pour la moindre petite chose
- 3. je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable

11. Agitation

- 0. je ne suis pas plus agité(e) ou tendu(e) que d'habitude
- 1. je me sens plus agité(e) ou tendu(e) que d'habitude
- 2. je suis si agité(e) et tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille
- 3. je suis si agité(e) et tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

12. Perte d'intérêt

- 0. je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
- 1. je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
- 2. je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
- 3. j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit

13. Indécision

- 0. je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant
- 1. il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions
- 2. j'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions
- 3. j'ai du mal à prendre n'importe quelle décision

14. Dévalorisation

- 0. je pense être quelqu'un de valable
- 1. je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- 2. je me sens moins valable que les autres
- 3. je sens que je ne vaudrais absolument rien

15. Perte d'énergie

- 0. j'ai toujours autant d'énergie qu'avant
- 1. j'ai moins d'énergie qu'avant
- 2. je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose
- 3. j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

16. Modifications dans les habitudes du sommeil

- 0. mes habitudes de sommeil n'ont pas changé
- 1a. je dors un peu plus que d'habitude
- 1b. je dors un peu moins que d'habitude
- 2a. je dors beaucoup plus que d'habitude
- 2b. je dors beaucoup moins que d'habitude

17. Irritabilité

- 0. je ne suis pas plus irritable que d'habitude
- 1. je suis plus irritable que d'habitude
- 2. je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
- 3. je suis constamment irritable

18. Modifications de l'appétit

- 0. mon appétit n'a pas changé
- 1a. j'ai un eu moins d'appétit que d'habitude
- 1b. j'ai un eu plus d'appétit que d'habitude
- 2a. j'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
- 2b. j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
- 3a. je n'ai pas d'appétit du tout
- 3b. j'ai constamment envie de manger

19. Difficultés à se concentrer

- 0. je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant
- 1. je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
- 2. j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
- 3. je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit

20. Fatigue

- 0. je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude
- 1. je me fatigue plus facilement que d'habitude
- 2. je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
- 3. je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0. je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe
- 1. le sexe m'intéresse moins qu'avant
- 2. le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant
- 3. j'ai perdu tout intérêt pour le sexe

ANNEXE 1.11. : Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien

Pour chacune des 6 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, semaine dernière, la douleur a gêné votre :

Humeur

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Capacité à marcher

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Relation avec les autres

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Sommeil

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Goût de vivre

Ne gêne pas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Etat des lieux de l'évaluation et du suivi de la douleur chronique en médecine générale : particularités liées à ce mode d'exercice

A. Outils utilisés.

1. Quels outils d'auto-évaluation unidimensionnelle de la douleur utilisez-vous ?

- ☐ Echelle verbale simple (EVS)
- ☐ Echelle verbale relative (EVR)
- ☐ Echelle verbale numérique (EVN)
- ☐ Echelle visuelle analogique (EVA)

2. Utilisez-vous le Questionnaire Douleur Saint Antoine (outil d'évaluation multidimensionnelle) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne connais pas

3. Utilisez-vous régulièrement d'autres échelles d'hétéro-évaluation lors de vos consultations de patients non communicants ?

- ☐ Doloplus 2
- ☐ Echelle DEGR
- ☐ Echelles San-Salvador
- ☐ Autre précisez laquelle
- ☐ Aucune

4. Utilisez-vous d'autres échelles d'évaluation de la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

si oui lesquelles.....

5. Le résultat de cette évaluation figure-t-il dans le dossier du patient ?

- ☐ oui
- ☐ non

si oui sous quelle forme ?

- ☐ score
- ☐ observation, remarque
- ☐ autre précisez :

6. Disposez-vous d'un dossier informatisé ?

- ☐ oui
- ☐ non

B. La formation.

7. Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour votre formation sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur ?

- ☐ les campagnes nationales
- ☐ la formation universitaire (DU ou autres ...)
- ☐ l'internet
- ☐ les laboratoires (guides publicitaires, soirée de formation, etc...)
- ☐ les organismes nationaux et leurs publications (ANAES, ANDEM...)
- ☐ les revues spécialisées
- ☐ l'autre précisez :

8. Avez-vous déjà participé à une FMC (formation médicale continue) sur la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

9. Avez-vous reçu une formation sur l'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

C. Les partenaires.

10. Pour le suivi et l'adaptation du traitement du patient douloureux chronique vous tenez compte de l'avis :

- ☐ d'une équipe de consultation de la douleur
- ☐ de l'infirmier(e)
- ☐ du kinésithérapeute
- ☐ de services hospitaliers
- ☐ autre précisez :

11. Comment se fait le lien avec vos partenaires ?

- ☐ courrier
- ☐ fax
- ☐ internet
- ☐ réunion avec ces partenaires (dans les établissements, MAPAD, etc...)
- ☐ téléphone
- ☐ autres précisez :

12. Sur quel mode ?

- ☐ systématique (à chaque évaluation par le partenaire)
- ☐ périodique (tous les mois, en cas d'intervention en structure, par exemple)

13. Utilisez-vous un référentiel validé commun avec vos partenaires (EVA, échelle numérique ou autre ?

- avec l'infirmier(e) libéral(e) ☐ oui si oui lequel :
☐ non
- avec le kinésithérapeute ☐ oui si oui lequel :
☐ non
- avec les médecins de la douleur ☐ oui si oui lequel :
☐ non
- avec les médecins hospitaliers ☐ oui si oui lequel :
☐ non
- autres (lesquels :) ☐ oui si oui lequel :
☐ non

14. Pour ces différents partenaires, pensez-vous que la réponse (transmission de l'information ou prise en charge thérapeutique, en fonction du partenaire) est apportée dans un délai :

- pour l'infirmier(e) libéral(e) ☐ rapide
☐ satisfaisant
☐ trop long délai moyen en jours :
- pour le kinésithérapeute ☐ rapide
☐ satisfaisant
☐ trop long délai moyen en jours :
- pour les médecins de la douleur ☐ rapide
☐ satisfaisant
☐ trop long délai moyen en jours :
- pour les médecins hospitaliers ☐ rapide
☐ satisfaisant
☐ trop long délai moyen en jours :

D. Fréquence des patients douloureux chroniques examinés

15. Combien de patients douloureux chroniques examinez-vous chaque semaine ?

- ☐ moins de cinq
- ☐ entre cinq et dix
- ☐ plus de dix

16. Combien de patients examinez-vous chaque jour ?

- ☐ moins de quinze
- ☐ entre quinze et vingt cinq
- ☐ plus de vingt cinq

ANNEXE 3 : Tests complémentaires du χ^2

ANNEXE 3.1. : Indépendance entre taille de la patientèle et dossier médical informatisé

H0 : la taille de la patientèle et l'utilisation d'un dossier médical informatisé sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$

	Dossier informatisé	Dossier non informatisé	Effectifs marginaux
- de 25 patients/jour	23 (23.49)	16 (15.51)	39
+ de 25 patients/jour	27 (26.51)	17 (17.49)	44
Effectifs marginaux	50	33	83

$$\chi^2 \text{ calculé} = 0,048 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$; il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

ANNEXE 3.2. : Indépendance entre notation des résultats et dossier médical informatisé

H0 : la notation des résultats de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical et l'utilisation d'un dossier informatisé sont indépendantes au seuil $\alpha = 5 \%$

	Résultats évaluation dans le dossier	Pas de résultats dans le dossier	Effectifs marginaux
Dossier informatisé	29 (31.55)	21 (18.45)	50
Pas de dossier informatisé	24 (21.45)	10 (12.55)	34
Effectifs marginaux	53	31	84

$$\chi^2 \text{ calculé} = 1,380 \quad \chi^2 \text{ théorique } (\alpha = 0,05 ; \text{ddl} = 1) = 3,841$$

$\chi^2 \text{ calculé} < \chi^2 \text{ théorique}$; il y a donc acceptation de H0 et indépendance des deux variables.

ANNEXE 4 : Description de l'étude « Idée-Douleur » des Docteurs GAY, HUAS et POUCHAIN

MÉTHODE

« Idée-Douleur » est une étude randomisée contrôlée multicentrique. Elle a impliqué vingt collèges régionaux de généralistes enseignants. La randomisation a été stratifiée par collège Médecins Investigateurs. Chaque collège régional a recruté dix médecins investigateurs volontaires. Ces derniers devaient inclure, chaque jour d'activité de soins, le premier patient ayant des douleurs chroniques de l'appareil locomoteur à concurrence de sept patients au total. Le recueil de données concernait les caractéristiques générales des patients, le diagnostic et la localisation des douleurs chroniques, ainsi que le traitement à visée antalgique prescrit un mois avant la première consultation (T-1), lors de la première consultation (T0) et lors de la deuxième consultation (T1), un mois plus tard.

ECHELLES UTILISEES

Les médecins randomisés dans le groupe « échelles » ont utilisé les deux outils validés d'évaluation de la douleur (EVA et HAD) au cours de deux consultations (ou visites) à un mois d'intervalle. L'échelle visuelle analogique (EVA) est la plus utilisée des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur. L'échelle HAD mesure la composante anxieuse et dépressive chez les patients douloureux chroniques. Elle est composée de 14 questions fermées et auto-administrées. Les médecins du groupe « échelles » ont été formés à l'utilisation de ces outils au cours d'une session. Ceux du groupe témoin ont bénéficié d'une réunion autour du cahier d'observation et ils ont fonctionné comme ils en avaient l'habitude, sans connaître les procédures suivies par le groupe « échelles ». Afin d'éviter un biais de contamination, les médecins des deux groupes ne se sont jamais rencontrés.

CRITERES D'INCLUSION

Les patients inclus devaient avoir plus de 18 ans, et des douleurs chroniques stables et quotidiennes de l'appareil locomoteur, d'origine rhumatologique ou traumatologique, depuis plus de 3 mois consécutifs, et prendre régulièrement un traitement antalgique. Les douleurs chroniques de l'appareil locomoteur ont été choisies car elles représentent 54 % des patients douloureux chroniques en médecine générale. Un cancer évolutif, une infection par le virus de l'immunodéficience humaine, l'illettrisme et une première consultation chez le médecin investigateur étaient les critères de non inclusion.

CRITERES DE JUGEMENT

Le critère principal de jugement était le pourcentage du soulagement mesuré à l'aide d'une échelle numérique, conformément aux recommandations de l'ANAES [1]. Ce critère était pertinent puisque la finalité de l'utilisation d'un outil dans une démarche de soin est d'apporter un bénéfice au patient. L'échelle numérique qui permettait de mesurer le soulagement était remise au patient à la fin de la deuxième consultation. Sept jours plus tard, les patients la remplissaient à leur domicile et l'adressaient au centre de traitement des données à l'aide d'une enveloppe T.

Le critère secondaire de jugement était les modifications des prescriptions thérapeutiques à visée antalgique. Nombre de sujets nécessaire et analyse statistique. L'hypothèse principale était que les patients du groupe témoin seraient soulagés à 40 % [3] et ceux du groupe « échelles » à 50 %, soit une amélioration du soulagement de 10 % en valeur absolue et de 25 % en valeur relative. La taille de l'échantillon a été calculée à partir de cette hypothèse avec une puissance de 80 % et un risque à 5 %.

L'hypothèse secondaire était que les médecins du groupe « échelles » modifieraient davantage leurs prescriptions par rapport à celles des médecins du groupe témoin à l'issue de la seconde consultation. L'analyse statistique a d'abord décrit et comparé les caractéristiques des patients inclus dans les deux groupes et leurs modalités thérapeutiques. À groupes similaires, le niveau de soulagement observé au septième jour a été comparé entre les deux groupes. Dans un second temps, une analyse interne au groupe « échelles » a permis d'observer l'évolution des scores des échelles EVA et HAD.

Les descriptions ont été réalisées par les moyennes et écarts types des variables quantitatives et par les histogrammes de fréquence des variables qualitatives. Les comparaisons entre les deux groupes ont été faites par des tests du khi2 pour les variables qualitatives (ou des tests de Fisher en cas de faibles effectifs) et par des analyses de variances pour les variables quantitatives. Les comparaisons au sein du groupe « échelles » ont été conduites par des tests de Mac Nemar pour les variables qualitatives et par des analyses de variances sur séries répétées pour les variables quantitatives. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS.

EVIDENCE BASED MEDICINE : NIVEAUX DE PREUVES

- Niveau A = - au moins 2 RCT : études randomisées et contrôlées (randomised controlled trials)
 - méta analyse(s)
 - synthèses méthodiques de RCT
- Niveau B = - conférences de consensus
 - guides de pratique
 - une seule RCT
 - études autres que RCT
- Niveau C = opinion(s) d'experts

Index des figures

Figure 1 : Modèle pluridimensionnel de la douleur	22
Figure 2 : Comparaison des douleurs aiguës et chroniques	23
Figure 3 : Grille d’entretien semi-structuré.....	28
Figure 4 : EVA ou Echelle Visuelle Analogique	32
Figure 5 : Echelle QDSA	35
Figure 6 : Comparaison des douleurs par excès de nociception et des douleurs neurogènes.....	38
Figure 7 : Schéma des zones douloureuses	41
Figure 8 : Nombre moyen de patients examinés par jour	47
Figure 9 : Nombre de patients douloureux chroniques examinés par semaine.....	48
Figure 10 : Taux de dossier informatisé.....	48
Figure 11 : Type de formation reçue.....	49
Figure 12 : Echelles utilisées.....	50
Figure 13 : Inscription des résultats de l’évaluation dans le dossier.....	51
Figure 14 : Partenaires consultés.....	52
Figure 15 : Utilisation d’un référentiel commun validé avec les partenaires.....	53
Figure 16 : Perception du délai d’action des différents partenaires	54

Table des matières

Dédicaces	8
Serment.....	15
SOMMAIRE	16
 INTRODUCTION.....	 17
 CHAPITRE 1: L'EVALUATION DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE.....	 19
I. DEFINITIONS.....	20
A. LA DOULEUR CHRONIQUE	20
B. LA SOUFFRANCE	22
C. LE CONCEPT DE DOULEUR TOTALE	22
D. LE SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE	23
E. LES PARTICULARITES DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE	23
II. RECOMMANDATIONS ET ETAT DES LIEUX.....	24
A. EXTRAITS DU TEXTE DE RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'EVALUATION ET LE SUIVI DU PATIENT DOULOUREUX CHRONIQUE ANAES (1999).....	24
B. LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR L'EVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE	26
C. LES LIMITES RECONNUES PAR LES AUTORITES	26
III. ENTRETIEN.....	27
IV. ECHELLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR	29
A. L'INTERET DES ECHELLES D'EVALUATION.....	29
B. LA VALIDITE DE CES ECHELLES	30
C. LES ECHELLES D'AUTO-EVALUATION	30
1. Définition	31
2. Les échelles unidimensionnelles	31
a) Définition.....	31
b) L'échelle verbale simple (EVS)	31
c) L'échelle verbale relative (EVR).....	32
d) L'échelle visuelle analogique (EVA)	32
e) Les échelles verbales numériques (EVN).....	33
3. Les échelles multidimensionnelles.....	33
a) Définition	33
b) Le Mac Gill Pain Questionary	34

c) Le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA)	34
D. LES ECHELLES D'HETERO-EVALUATION.....	36
1. Définition	36
2. L'échelle DOLOPLUS 2	36
3. L'échelle ECPA.....	36
4. L'échelle Saint Salvadour	37
5. La grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né.....	37
 V. EVALUATION DES MECANISMES.....	 37
 VI. EVALUATION DU RETENTISSEMENT	 38
A. LA DIMENSION AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE : LE NIVEAU D'ANXIETE ET DE DEPRESSION.....	38
1. La place des troubles anxieux et dépressifs.....	39
a) L'anxiété	39
b) La dépression	39
2. Les échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété.....	40
a) Définition	40
b) L'inventaire de dépression de BECK	40
c) L'échelle HAD	40
B. LA DIMENSION COGNITIVE.....	40
C. LA DIMENSION COMPORTEMENTALE.....	40
 VII. L'EXAMEN CLINIQUE ET LE SUIVI	 41
 CHAPITRE II : METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	 43
 I. DESCRIPTION DE L'ETUDE	 44
 II. OBJECTIFS DE L'ETUDE	 44
A. L'OBJECTIF PRINCIPAL	44
B. LES OBJECTIFS SECONDAIRES	45
 III. ANALYSE DES RESULTATS.....	 45
A. LES DIFFERENTS SOUS-GROUPES	45
B. LA METHODE STATISTIQUE UTILISEE	46
 IV. RESULTATS.....	 46
A. LES RESULTATS GLOBAUX.....	46
1. Le taux de réponse.....	46
2. Les caractéristiques des cabinets médicaux ayant répondu	47
a) Le nombre de patients examinés par jour.....	47
b) Le nombre de patients douloureux chroniques examinés par semaine	47
c) Le type de dossiers utilisés.....	48

3. Les formations des praticiens	49
4. Le mode d'évaluation de la douleur chronique par les praticiens	50
5. La transcription du résultat de cette évaluation	50
6. Les partenaires consultés	51
a) Le type de partenaires sollicités	51
b) La communication avec les partenaires	52
B. TESTS D'INDEPENDANCE	54
1. Les relations entre les paramètres	54
a) La relation entre le nombre de patients examinés et le type de formation reçue	55
b) La relation entre le nombre de patients douloureux chroniques examinés et le type de formation reçue	55
c) La relation entre la taille de la patientèle et le nombre de patients douloureux examinés	55
d) Conclusion	56
2. L'utilisation des échelles	56
a) L'EVS	56
b) L'EVN	57
c) L'EVA	58
d) Les autres échelles	59
e) Conclusion	59
3. La transcription du résultat de l'évaluation de la douleur dans le dossier médical	59
4. Les partenaires sollicités	60
a) Les médecins de la douleur	60
b) Les médecins hospitaliers	61
c) Les infirmiers	62
d) Les kinésithérapeutes	63
e) Conclusion	64
5. Le recours aux référentiels validés	64
a) Avec les médecins de la douleur	64
b) Avec les médecins hospitaliers	65
c) Avec les infirmiers et les kinésithérapeutes	66
d) Conclusion	67
6. La perception du délai de réponse	67
a) Des médecins de la douleur	67
b) Des médecins hospitaliers	68
c) Des infirmiers et des kinésithérapeutes	69
d) Conclusion	69

CHAPITRE III : DISCUSSION 70

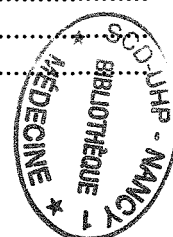
I. INTERETS ET LIMITES DE L'ETUDE 71

A. LES INTERETS DU TRAVAIL 71

B. LES LIMITES DU TRAVAIL 72

1. Les limites du questionnaire 72

2. Les limites de l'échantillon 72



II. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES UTILISENT-ILS LES ECHELLES D'EVALUATION ?	73
A. QUELLES SONT LES ECHELLES UTILISEES ?	73
B. COMMENT SONT TRANSCRITS LES RESULTATS DE L'EVALUATION ?	74
C. QU'APPORTE L'UTILISATION DES ECHELLES AUX PATIENTS ?.....	74
III. LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES TRAVAILLENT-ILS SEULS ?.....	75
A. AVIS MEDICAUX	76
B. AVIS PARA-MEDICAUX ET AUTRES	76
C. LES MODES DE COMMUNICATION.....	77
D. LE CONCEPT DE RESEAUX, UNE SOLUTION POSSIBLE ?.....	78
IV. EXISTE-T-IL UNE DIFFERENCE DANS LES PRATIQUES ENTRE LES GROUPES « MEDECINS FORMES » ET « MEDECINS NON FORMES » (DANS LE CADRE D'UNE FORMATION ORGANISEE) ?.....	80
A. LES LIMITES ET LES APPORTS DE LA FORMATION ORGANISEE	80
B. HYPOTHESES.....	81
V. LE TYPE ET LE NOMBRE DE PATIENTS EXAMINES MODIFIENT-ILS LES PRATIQUES CONCERNANT L'EVALUATION DE LA DOULEUR ?.....	81
A. INFLUENCE DU NOMBRE DE PATIENTS EXAMINES PAR JOUR	81
B. INFLUENCE DU NOMBRE DE PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES	82
CONCLUSION.....	84
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES.....	91
ANNEXE 1 : Echelles.....	92
Annexe 1.1. : Echelle Numérique Simple	92
Annexe 1.2. : Echelle Verbale Simple	92
Annexe 1.3. : Echelle Visuelle Analogique (EVA)	93
a) Echelle EVA horizontale.....	93
b) Echelle EVA à qualificatifs dits étalés	93
c) Echelle EVA en pourcentage de soulagement	93
d) Echelle EVA à qualificatifs étagés	94
e) Echelle EVA dite graduée	94
Annexe 1.4. : Echelle DOLOPLUS 2	95

Annexe 1.5. : Echelle Saint Salvador	97
Annexe 1.6. : Grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né.....	99
Annexe 1.7. : Echelle Comportementale pour Personnes Agées	100
Annexe 1.8. : Echelle Douleur Enfant Gustave ROUSSY (DEGR)	102
Annexe 1.9. : Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)	104
Annexe 1.10 : Echelle de BECK.....	106
Annexe 1.11 : Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien.....	109
ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes.....	110
ANNEXE 3 : Tests complémentaires du χ^2	113
Annexe 3.1. : Indépendance entre taille de la patientèle et dossier médicale informatisé.....	113
Annexe 3.2. : Indépendance entre notation des résultats et dossier médical informatisé.....	113
ANNEXE 4 : Description de l'étude « Idée-Douleur » des Docteurs GAY, HUAS et POUCHAIN	114
 Index des figures	 116
 Table des matières	 117

VU

Nancy, le **23 mai 2006**

Le Président de Thèse

Professeur G. BARROCHE

NANCY, le **30 mai 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur J.F. STOLTZ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **1^{er} juin 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

L'auteur a étudié les modes, les outils et les particularités de l'évaluation de la douleur chronique en médecine générale dans les bassins de Briey, Longwy et Hayange grâce à un questionnaire adressé aux praticiens de ces bassins.

Après avoir rappelé les différentes échelles d'évaluation de la douleur, ainsi que les recommandations officielles concernant la prise en charge du patient douloureux chronique, l'auteur a décrit les particularités de son étude, la méthodologie utilisée et les résultats obtenus. Les spécificités liées à la pratique médicale de ville mises en évidence par ce travail ont ensuite été commentées.

TITRE EN ANGLAIS:

CHRONIC PAIN EVALUATION IN GENERAL MEDICINE

Study to the practitioners in the regions of Briey, Longwy and Hayange

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2006

MOTS CLEFS :

Ambulatoire, Chronique, Douleur, Echelle évaluation, Médecine ville Pratique professionnelle, Soins, Utilisateur, Validation.

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1 – FACULTE DE MEDECINE

9 avenue Forêt de Haye – BP 184

54505 VANDOEUVRE CEDEX
